Université Paris Ouest Nanterre la Défense
Ecole doctorale « Economie, Organisation, Société »

Doctorat de sociologie

Tiers en urgences.

Les interactions de secours, de l'appel au 18 à l'accueil en service d'urgences pédiatriques. Contribution à une sociologie du tiers.

Frédérique CHAVE

Thèse de doctorat dirigée par Anni BORZEIX

Soutenue publiquement le 13 décembre 2010

JURY

Anni BORZEIX

Dominique BOULLIER

Daniel CEFAI

Didier DEMAZIERE

Michèle LACOSTE

Christian LICOPPE

Tiers en urgences. Les interactions de secours, de l'appel au 18 à l'accueil en service d'urgences pédiatriques. Contribution à une sociologie du tiers.

Frédérique CHAVE

Résumé

Le professionnel, le passant, le parent constituent les trois principales figures des situations de secours et d'urgence, lors de l'appel aux sapeurs-pompiers et au sein des services d'urgences pédiatriques.

La recherche s'appuie sur un travail de terrain réalisé sur trois sites (un centre de traitement des appels au 18 et deux services hospitaliers d'urgences pédiatriques) pour montrer comment ils incarnent trois facettes de l'intervention de secours.

Elle distingue leurs modes de coordination, d'articulation mais aussi de contiguïté et s'attache à leur activité autour du patient en détaillant la structure triadique des interactions de secours à travers lesquelles, en pratique, se joue la prise en charge.

Entre signalement et intervention, *cure* et *care*, alerte, soins et suivi, c'est finalement une « situation de secours » élargie, impliquant plusieurs personnes, plusieurs lieux et plusieurs temporalités parfois étanches les uns aux autres qui est donnée à voir.

L'enjeu de la recherche est alors de montrer que le secours d'urgence n'est ni dual ni uniquement institutionnel. Il s'actualise collectivement, impliquant des rôles et des places pour différents *tiers*. Faire toute sa place au personnage social du « tiers secourant », à la figure sociologique du tiers, à la configuration interactionnelle du trio, représente une condition pour penser l'offre de soins comme engagements multiples, au croisement de pratiques professionnelles, familiales et civiles.

Sur le plan théorique, la thèse contribue à une « sociologie du tiers » à travers la mise en évidence d'une « tiercéité » constitutive du secours d'urgence.

Mots-clés

Interaction, urgence, secours, sociologie, Simmel, Goffman, urgence pédiatrique, pédiatrie, sapeurs-pompiers, pompier, C.C.O.T. tiers, tiercéité, passant, parent, activité, santé, patient, relation de soin, relation médicale, *care*, hôpital, hospitalier.

Third parties emergencies: first aid interactions, from fire brigade calls to pediatric emergency services. Contribution to a ''third party sociology''.

Frédérique CHAVE

Sum up

Emergency department professional, passer-by, parent represent three main characters of emergencies and first aid situations, from the call to the Fire Brigade to the arriving in pediatric emergency services. The research is grounded in three fieldworks (Paris fire Brigade call centre and two big pediatric emergency services). It intends to unfold three types of participation through the activities done by those three characters, especially during interactions at the very beginning of the situation.

Their coordination, articulation, and even contiguity reveal their activities toward patients and show a triadic structure of the "first aid interactions" through which patients enter helping and medical processes.

From alert to action, cure to care, medical acts to following care, the emergency situation enlarges, implies more people than just a patient and a professional all of them only partly conscious of each other's activities, other places than just emergency services, and other tempos than the one of the professionals.

We aim at showing that first aid interaction is neither dyadic nor just institution matter. It is built collectively, on roles and places for "third parties". The recognition of this "helping third" as sociological character and of triad as an interactional specific pattern is necessary to pragmatically consider first-aid system as a set of plural commitments, crossing familial, civic and expert fields of concern.

Theoretically, the research contributes to a "third-party sociology" by enlightening a third party dimension even if not triadic in first-aid intervention delivered by emergency public services.

Key words

Interaction, emergency emergencies, first aid, sociology, Simmel, Goffman, pediatric, fire brigade, third party, passer-by, parent, medical, medicine, health, hospital, care, cure, activity, patient, relation.

A mon père.

Remerciements

Cette thèse aura pris son temps et pourtant voilà que le temps presse. C'est « dans l'urgence » et au risque d'impardonnables oublis que j'adresse ici mes remerciements à quelques unes des personnes qui m'ont aidé et ont permis que la thèse se déroule, se développe, et finalement, s'achève.

Merci d'abord à Anni Borzeix. Sans sa patience, incommensurable, la finesse de ses réflexions et de ses critiques et quelques discussions déterminantes, cette thèse ne serait tout simplement pas sortie de terre.

Merci aussi à Alexandra Bidet et Manuel Boutet pour leur amitié, leurs conseils, leurs relectures inlassables, d'innombrables échanges... j'en passe. Cette recherche leur doit énormément et moi aussi…

Merci à Jean Pascal, qui n'a pas perdu patience et m'aura aidé du début à la fin, à Christiane et Jean-Pierre pour Saint-Appolinard, où une partie de la thèse a été écrite entre automne et hiver, sous les bouleaux. A Juliette, Chan et leur œil acéré, à la famille et à tous les amis, pour leur soutien, leurs encouragements et tous les bons moments hors thèse. Ils sont la preuve vivante qu'il n'y a pas que les urgences dans la vie, il y a les tiers, aussi !

Merci papa. Mon histoire avec la sociologie a commencé il y a bien longtemps, en te regardant faire.

Merci enfin à la personne qui a formé mon « regard sociologique » au fil de ses cours et m'a donné le goût des interactions, mon premier directeur de thèse, Isaac Joseph.

Table des matières

INTRODUCTION

Tous les jours, des pompiers partent secourir des inconnus, et des inconnus alertent les premiers au sujet des seconds ; de même, tous les jours dans des services d'urgence pédiatriques, des parents et des professionnels co-agissent auprès et autour d'enfants. Ces deux motifs contrastés courent sur la même toile, celle de l'implication d'un *principe* tiers dans l'actualisation des secours, qui, toujours, fait intervenir *des tiers*.

La thèse vise à restituer à ces tiers leur place dans le processus de prise en charge et, au-delà, dans les situations d'urgence et de secours. Ce programme va nous amener à interroger la relation de secours elle-même et les formes de solidarité et d'engagement envers des personnes en situation de vulnérabilité : que fait-on lorsqu'autrui a besoin de secours ? Comment s'organise ce type de situation ? Quelle part y prennent les professionnels et ceux, non-professionnels, qui sont néanmoins présents ?

Analyser la présence de tiers dans les situations de secours peut alors amener à revisiter les analyses de la *relation de service*, qui sont classiquement au cœur de la contribution de la microsociologie à l'analyse du travail. Elle engage à prendre au sérieux, plus généralement encore, la place des *seconds rôles*[1] dans l'analyse sociologique.

1. UNE SOCIOLOGIE DES TIERS ?

Le secours d'urgence public implique-t-il l'intervention d'une *tiercéité* ? On pourrait considérer rapidement, comme point de départ, que c'est même cela, le secours d'urgence :

[1] Nous ferons tout au long du texte un usage fréquent de l'italique pour souligner les concepts et les notions qui nous paraissent importantes. Cet emploi, malgré ses défauts, nous permet en effet de faire ressortir au fil du texte les jalons notionnels qui marquent à la fois le contenu et l'évolution des différents développements.

l'intervention sans délai d'un *tiers,* extérieur, dans une situation critique. Ce tiers, ce « personnage extérieur » pour ne pas présager encore de ce qu'il incarne, est, par évidence, d'abord le professionnel des institutions du secours d'urgence : Services d'Accueil et d'Urgence (SAU) hospitaliers, police-secours, sapeurs-pompiers, ou leurs variantes, leurs ramifications et leurs antennes diverses (SOS dentaire, SOS médecin, SOS psychiatrie, SOS antipoison, etc.). Autour de ce professionnel, d'autres intervenants, tiers d'une façon (le passant) ou d'une autre (le parent), se mobilisent également : le donneur d'alerte, d'abord, sans qui il n'y aurait pas de rencontre entre secours et secouru, et l'accompagnant ensuite, à l'activité variable pour et autour du patient[2]. Le rôle et le poids de ces tiers, de l'alerte au « faire pour » en passant par la participation aux gestes et aux soins d'urgence, sont encore très peu traités par la littérature. En rendant compte de leur pleine participation à l'alerte[3] et au secours au sens large, nous espérons contribuer à leur prise en compte comme acteurs significatifs, mobilisables et actifs et maillons indispensables à la chaine de secours.

Nous devons alors nous demander à quoi servent les tiers, ou plus largement, ce qu'ils font, *à* et *dans* la situation de secours et d'urgence. Nous allons documenter cette question centrale en analysant l'intervention de *tiers* dans des processus de prise en charge, lors de l'appel au secours au 18, traité par le Centre de coordination des opérations et des transmissions (CCOT) de la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP), et de la présentation à l'accueil des services d'urgences (SAU), c'est-à-dire dans le premier moment

---

[2] Dans la mesure où nous avons essentiellement observé des situations de secours à victime et de prise en charge médicale, et pour éviter les périphrases plus précises de type « patient et victime », nous utiliserons presque systématiquement tout au long de ce texte le terme de « patient » pour désigner à la fois le bénéficiaire de l'intervention des pompiers, et des services d'urgence hospitaliers.

[3] Sur l'alerte comme « fait social », dans lequel la figure du tiers lanceur d'alerte, sanitaire ou sociale, pourrait bien trouver à s'insérer, voir F. Chateauraynaud, D. Torny, *Les Sombres précurseurs, une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque,* Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1999 ; U. Beck, *La société du risque, sur la voie d'une autre modernité,* Paris, Flammarion, 2003.

de la prise en charge, lorsqu'il faut mobiliser pour la première fois les professionnels et leur expliquer « ce qui ne va pas ». Notre perspective est ainsi celle du premier contact entre public[4] et professionnels du secours d'urgence, au 18 et au sein des services d'urgences pédiatriques, moment où se déterminent, et nous verrons de quelles manières, les mobilisations de chacun autour de l'événement critique.

Voyons rapidement avant tout quels sont ces services sur lesquels porte notre recherche, et en quoi ils peuvent être saisis sous l'angle de leurs « tiers ».

1.1. Les systèmes d'urgence

Comment s'articulent les services publics d'urgence et en particulier, pour ce qui nous intéresse, services d'urgence hospitaliers et services de traitement des appels aux sapeurs-pompiers ?

Les services d'urgence – police-secours, pompiers, Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU[5]), service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et Service d'accueil des urgences (SAU) – sont des construits socio-historiques complexes. Quant à la notion d'urgence, pragmatique et fluctuante, elle est relative à ceux qui la rencontrent, et n'est évidemment pas nécessairement la même pour un usager et pour un professionnel des services d'urgence.

4 Nous utiliserons souvent et quelquefois les uns pour les autres, les termes de public, requérant, demandeur et patient. Nous utilisons le terme de public au sens d'un ensemble qui peut être individualisé et agissant (différent du public-foule, par exemple). Ce terme nous permet d'éviter ceux d'usager, d'administré, d'ayant droit ou de client, qui ne conviennent pas à nos situations. Il arrivera également que dans la première Partie, le terme de patient désigne en fait le collectif présent avec lui dans le service d'urgence. Dans la seconde partie nous déclinerons les acteurs qui entourent le patient, le distinguant alors de son entourage.

5 Tous les sigles et abréviations (SAMU, SAU, CCOT…) sont listés en annexe.

Un même type de mission, d'organisation, de chaîne de commandement et de carrière semble caractériser les systèmes d'urgence en Europe. Les principes de la requête par téléphone et de la prise en charge gratuite sont relativement partagés.

D'un point de vue fonctionnel, travailler dans un système d'urgence, qu'il soit policier, pompier ou médical, ici ou ailleurs, c'est d'abord définir des *cadres d'intervention*, c'est-à-dire prévoir des réponses à une infinité de situations, les répertorier et imaginer des scenarios, puis y trouver des réponses, et s'adapter *in situ* au cas particulier, souvent un mixte de plusieurs autres cas de figure.

A côté des caractéristiques communes, existent toutefois des partis pris différents : la manière de procéder et la qualité des interactions entre professionnels, ainsi qu'avec le patient ou la victime, varient. Le Royaume-Uni privilégie ainsi le soin dans l'hôpital et cherche à réduire le temps de transport. En France, on a au contraire développé l'intervention mobile (SAMU, pompiers), qui amène l'hôpital à la victime, et l'on pratique les premiers soins sur place (jusqu'à pratiquer la chirurgie sur la voie publique), pour conduire ensuite à l'hôpital une personne dite « stabilisée ». Aux Etats-Unis, des dispensaires et des professionnels formés aux premiers soins ont à charge non seulement la première étape de la prise en charge, mais sont bien souvent les seuls à entrer en contact avec des personnes dont l'état donnerait lieu, ailleurs, à une hospitalisation. Au niveau même de la planification de la meilleure solution médicale – intervenir sur place, ou soigner dans l'hôpital – il n'y a pas de consensus.

Quant à l'urgence qu'il s'agit de prendre en charge, elle est polymorphe, souvent floue, y compris pour ses praticiens, et sa définition change selon qu'on l'aborde sous l'angle des moyens, de la demande des usagers ou du risque médical et matériel. D'un point de vue institutionnel, elle a évolué. Certains cas y sont entrés (le transport des patients de leur domicile à l'hôpital, pour les pompiers, alors que cette charge incombe théoriquement au SAMU ; la récupération des animaux exotiques et sauvages ; les « urgences ressenties » –

dont les crises d'anxiété) ; et d'autres en sont sortis (les essaims de guêpes, les chats perchés), bien que la tendance soit à un éventail de motifs de plus en plus large.

L'urgence apparaît ainsi comme un construit économique, politique, mais aussi social et culturel. Au jour le jour, la relativité de cette notion entraine des ajustements et met à l'épreuve les perspectives des professionnels et des patients.

Se complétant pour couvrir une palette de situations distinctes, police-secours, les urgences médicales et les sapeurs-pompiers sont identifiés sous la même rubrique « urgences » et peuvent être requis vingt-quatre heures sur vingt-quatre, soit en se présentant à l'accueil des services d'urgence (commissariat, SAU, caserne) soit par téléphone en composant un numéro d'urgence unique à deux chiffres, facilement mémorisable (respectivement : 17, 15, 18). Très souvent, ces services collaborent ou communiquent les uns avec les autres, tant lors d'opérations faisant intervenir plus d'un service, que lorsque le requérant n'appelle pas directement le service concerné. Chacun relève néanmoins d'une autorité et d'un ministère spécifiques[6] et l'organisation interne, quoique présentant des similitudes (standard, mobilisation intervention, parc de véhicules adaptés, formation au soin…), est propre à chaque service. Cette particularité les a amenés à fabriquer leurs propres dispositifs de création de scénarios et de réponse, d'anticipation quantitative et qualitative de la demande, et de traitement des demandes d'un point de vue pratique (comment recevoir et comprendre la demande) et opérationnel (comment en faire le point de départ d'une intervention).

6 Ministère de la santé pour les urgences hospitalières, ministère de la défense et mise à disposition des préfectures pour les sapeurs-pompiers à Paris et Marseille, ministère de l'intérieur pour les autres et pour la police.

Suite à la directive européenne sur la mise en place d'un numéro d'urgence européen unique[7], le 112 est opérationnel en France depuis 1997. Il est traité en France par des centres de traitement d'appels d'urgence existants, soit les Centres Opérationnels Départementaux d'Incendie et de Secours (CODIS, 80%) soit les centres SAMU (20%). A Paris, le 112 échoit au standard des sapeurs-pompiers, lequel dirige ensuite éventuellement l'appel vers les urgences concernées (SAMU ou Police).



Figure 1 : Plateforme commune SAMU/sapeurs-pompiers

Cette tendance à regrouper les services d'urgence sous une même catégorie pratique renforce leur identification à une même logique institutionnelle de prise en charge, par delà leurs attributions et structures propres. Les services se regroupent aussi physiquement, sous une impulsion politique qui tend à rassembler les traitements des appels d'urgence dans un même lieu, en partageant autant que possible les équipements, et afin d'améliorer les coordinations entre pompiers, SAMU et police, notamment pour les demandes ayant un caractère médical. Dix-sept plateformes communes 15-18-112 existent déjà et seize autres sont en projet[8].

La permanence des soins passe à Paris par plusieurs régulations de médecine libérale des urgences (Urgences médicales de Paris, SOS Médecin, SOS Pédiatrie, Urgences psychiatriques…) et deux régulations publiques : celle du SAMU (aussi appelée « centre 15 ») et celle des pompiers (« 18/112 »), qui disposent de leur propre régulation médicale au

[7] Décision du Conseil, du 29 juillet 1991, relative à la création d'un numéro d'appel d'urgence unique européen n°91/396/CEE abrogée par la directive 2002/21/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 mars 2002.

[8] Statistiques des Services d'Incendie et de Secours, Direction de la Sécurité Civile, Edition 2009

centre de Coordination des Opérations et des Transmissions (CCOT). Le CCOT se trouve au quartier général de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris[9] (BSPP), à la caserne Champerret, dans le 17e arrondissement.

Deux lignes prioritaires à quatre chiffres réservées aux professionnels relient les urgentistes libéraux et le SAMU, et le SAMU, le CCOT et la police.

Regardons rapidement à présent le contexte institutionnel des services d'urgences pédiatriques ; nous verrons ensuite l'organisation des sapeurs-pompiers, donnant un aperçu global de nos terrains, le CCOT et deux services hospitaliers d'urgences pédiatriques parisiens.

1.1.1. Les Services d'Accueil d'Urgence

La genèse des services d'urgences[10], au milieu du XXe siècle, a procédé par étapes, en même temps que se transformait l'hôpital et que la science médicale prenait son essor. Les tous premiers services d'urgence médicale ont ouvert à Paris – la première inauguration d'un

---

9 Pour plus de précision : P. Dalmaz, *Histoire des sapeurs-pompiers français*, Paris, PUF, 1996 ; H. Lussier, *Les sapeurs-pompiers au XIX° siècle*, Paris, L'Harmattan, ARF, 1987 ; J.-N. Retière, "Etre sapeur-pompier volontaire, du dévouement à la compétence", *Genèses*, n°16, 1994 ; D. Rolland, *Sapeurs pompiers de Paris : culture et traditions*, Atlante, Saint-Cloud, 2005. Sur l'évolution des pompiers vers une pratique de plus en plus technique s'éloignant de la tradition d'un secours « de proximité » voir surtout J.-G. Padioleau, *La fin des sapeurs-pompiers républicains ?* Paris, L'Harmattan, 2003.

10 Précisons cependant dès à présent un point terminologique. Nous considérons dans cette recherche que les sapeurs-pompiers et les services urgences hospitalières pédiatriques constituent tous les deux des services publics traitant d'urgences. Ce sont donc des « services d'urgence ». Et lorsque nous parlons de « situations d'urgence » et de « secours d'urgence », nous faisons implicitement référence aussi bien à l'appel au 18 (c'est-à-dire aux pompiers), qu'à l'urgence médicale traitée dans les services d'urgences hospitaliers (SAU). Cependant, pour faciliter la lecture, quand nous parlons de « services d'urgence », nous désignons généralement, sauf précision, les services hospitaliers d'urgences pédiatriques, aussi appelés services d'accueil d'urgence ou SAU et pas les appels au 18.

service d'urgences hospitalier à Marmottant date de 1936 – au sein des hôpitaux pour accueillir les malades en dehors des horaires de consultation. Si ces services existent en tant que service public hospitalier depuis les années trente, ils se développent surtout après 1946.

Les premières équipes mobiles de réanimation datent de 1955. En 1965 est créé le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation attaché aux hôpitaux (SMUR) et le service d'aide médicale urgente (SAMU), qui les coordonne, date de 1968[11].

Durant l'immédiat après-guerre, l'hôpital ouvre ses portes à tous, pour soigner plutôt que pour héberger, quoique cette fonction séculaire demeure présente jusqu'aux années 1970. Encore aujourd'hui, dans les services d'urgence, les salles d'attentes n'abritent pas seulement des patients et leurs accompagnants mais aussi diverses personnes venues s'y mettre « au chaud ».

A partir de 1978, avec la définition du *court séjour*, est déterminé et acté le principe du plateau technique minimal attaché au centre hospitalier général pour permettre l'accueil des urgences ; il s'accompagne de services médico-chirurgicaux d'urgence : anesthésie, chirurgie, réanimation, radiographie, biologie médicale et pharmacie[12]. Ainsi à Paris, « en 1995, la répartition des urgences reçues est la suivante : 281 797 urgences médicales et 259 438 urgences chirurgicales adultes sans compter les urgences spécialisées (…). L'urgence est devenue un des pôles d'attraction de l'hôpital[13]». On reviendra sur les rapports ambigus entre urgentistes et praticiens hospitaliers, les premiers ayant pu considérer[14] qu'ils étaient les pourvoyeurs bien mal récompensés (en condition de travail, en considération et en rémunération) des seconds...

---

11 Le décret, tardif, définissant son exercice n'est publié qu'en 1986.

12 D. Stingre, *Le service public hospitalier*, Paris, PUF, 2010.

13 S. Le Quellec Baron, *Histoire des urgences à Paris de 1770 à nos jours*, Thèse de doctorat, Université de Paris VII, 2000.

14 Voir la thèse de doctorat de F. Danet, *La quête de professionnalisation de la médecine d'urgence*, Paris, Université Paris VII, 9/11/2006.

Depuis 1990, la fonction des Services d'Accueil d'Urgence (SAU) est ainsi précisée :

> « L'accueil de *tout patient* arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée, qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une *urgence ressentie* ».

La nomenclature usuelle des urgences médicales distingue trois à cinq niveaux d'urgence[15], qui déterminent essentiellement le temps d'attente possible et correspondent à une échelle de délais allant de la prise en charge immédiate à « pouvant attendre ».

L'une des plus courantes distingue ainsi les catégories suivantes[16] :

- Urgence vitale : pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement, urgence absolue ou extrême urgence
- Urgence vraie : pathologie aiguë grave menaçant le pronostic vital
- Urgence relative : pathologie subaiguë ne mettant pas en jeu le pronostic vital
- Urgence différée : pathologie pouvant être soignée avec délai

Les urgences relatives et différées constituent la majorité des présentations, mais les urgences différées connaissent la croissance la plus forte[17]. Quant à la fréquentation sur 20 ans, elle a énormément augmenté jusqu'en 2004 puis progresse lentement lors. Pour la cour des comptes :

> « La population recourt de plus en plus fréquemment aux services d'urgence hospitaliers. Le nombre de passages dans ces services a doublé entre 1990 et 2004 : il est passé de 7 à 14 millions. Cette situation est paradoxale, car ces passages, le plus souvent, ne correspondent pas à une situation d'urgence vitale ou grave, puisque dans les trois quarts des cas environ, les patients retournent à domicile après consultation. Alors qu'ils étaient initialement destinés à la prise en charge des malades les plus atteints, les services d'urgence sont devenus, pour une part très importante, des services

---

15 Bien qu'il n'y ait pas de standard unique en matière de classification, la Classification Infirmière des Malades aux Urgences de 1996 réévaluée en 2006 (CIMU, version 2) est une référence reconnue de triage en 5 catégories d'urgence croissantes, voir annexe.

16 Sur le tri ou triage, dans les services d'urgence, voir L. DIVORNE « Démarche de tri : outils de tri existants », *Cours Supérieur de Médecine d'Urgence*, SFMU 2003. Arnette, Paris, 2003.

17 Pour des éléments quantitatifs, voir annexe et «Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », Etudes et résultats, direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 01 2003 et Rapport de la cour des comptes «Les urgences médicales :constats et évolution récente » *Rapport au Président de la République 2006 de la Cour des comptes*, 8 février 2007, accessible en ligne :

http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/12UrgencesMedicales.pdf

> de consultations non programmées […] Cette situation reflète une réelle difficulté : si on peut schématiquement distinguer les urgences vitales, les cas nécessitant une intervention rapide (fracture, blessure profonde, brûlures) et les autres, qui peuvent aller du simple conseil à une consultation non programmée, il est difficile de faire *a priori* la distinction entre l'urgence ressentie par un patient et l'urgence clinique.»

Comme nous allons tenter de le montrer, face à cet afflux d'urgences, en particulier d'urgences « ressenties », le principe est celui de l'accueil pour tous, mais non de bon accueil. Chacun a le droit de se présenter et d'être reçu, en vertu des principes de service public des services d'urgence : ouverts à toutes accessibles et ouverts 24h/24. Mais si tout le monde est reçu, professionnels et usagers ne partagent pas, à l'évidence, les mêmes définitions de ce qui est urgent.

La différence d'appréciation quant à ce qui est bon (ou urgent) pour le service, pour le bénéficiaire des secours et pour la société[18] a des conséquences importantes sur le tour des échanges et la nature de la prise en charge proposée. Nous verrons que l'écart de perspectives des professionnels des secours et de leur public a des conséquences pratiques *dans l'interaction*.

Les débats entre les différents acteurs professionnels politiques et médiatiques sur les dépenses de santé, ou l'engorgement des urgences pour des cas non vitaux, font entrer sur la scène publique les incidences pratiques de cette absence de consensus quant à ce qui est – ou n'est pas – de la responsabilité des services publics d'urgences. A l'horizon de ces débats, se profilent la notion de *besoin,* médical, matériel *et social*, l'idée d'une responsabilité sociale à l'égard du risque collectif et la façon dont la santé, la maladie et la gravité sont définies cliniquement, socialement et moralement.

---

18 Sur la manière dont la société s'invite dans la relation médicale et le jugement de l'expert, voir : N. Dodier, *L'Expertise médicale, Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993.

Notre approche des relations entre public et services publics en terme de tiercéité pose notamment la question de cette confrontation de perspectives et de légitimités entre requérants et professionnels des urgences. Dès qu'il y a contact (par téléphone ou à l'accueil des services), cet ensemble protéiforme de moyens, de perspectives et d'expériences s'actualise en effet dans une entreprise commune, mais potentiellement adverse, pour déterminer à la fois la légitimité à être là, et la décision et les conditions d'intervention.

1.1.2. L'évaluation des arrivants dans les services d'urgence pédiatrique

Les deux services pédiatriques comportent, comme tous les services d'urgence hospitaliers aujourd'hui, une équipe médicale et une équipe chirurgicale, comprenant chacune un poste d'interne spécialisé, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Les effectifs de ces services participant à la relation de soin se composent de médecins, de chirurgiens, d'internes et d'externes en médecine, d'infirmiers, d'aides-soignants et d'une assistante sociale.

Depuis 2004, en France, l'accueil est dévolu à un infirmier organisateur de l'accueil (IOA). Chaque nouvel arrivant se rend à ce qui s'organise généralement comme un comptoir d'accueil, où un IOA[19], chargé de ce qu'on appelle le tri ou « triage », les reçoit, conduit un rapide entretien pour cerner le degré d'urgence et les mesures immédiates à prendre le cas échéant. Il fait remplir un formulaire et ouvre un « dossier patient » auquel il attribue un classement, puis à moins d'une urgence prioritaire, envoie le patient en salle d'attente jusqu'à ce qu'un médecin prenne son dossier en charge et l'appelle alors pour le conduire dans un box

[19] Sur les IOA, qui n'existent officiellement que depuis 2004 en tant que poste attaché aux services d'urgence et dont l'activité est strictement normée, il n'existe encore aucune littérature sociologique. Pour une description des missions, voir *Référentiel IOA*. SFMU :

http://www.sfmu.org/fr/ressources/referentiels#organisation

et réaliser avec lui un entretien médical dont le reste suivra (examens, prélèvements, gestes médico-chirurgical…).

Dans le premier service étudié (SAU 1), les patients sont d'abord répartis, après un examen infirmier préliminaire, en « urgence simple », « semi-prioritaire » ou « prioritaire » ; dans le second (SAU 2), ils sont classés selon l'ordre d'arrivée, pondéré par le degré d'urgence évalué par l'infirmier des admissions.

Le principe de l'évaluation, dans le premier service, où le temps d'attente est plus long que dans le second, consiste à distinguer les cas qui peuvent attendre plusieurs heures, ceux qui doivent être reçus plus vite et ceux qu'il faut prendre en charge le plus rapidement possible. Dans le second service, on compte sur un temps d'attente habituellement faible pour identifier les urgences prioritaires et traiter les autres dans l'ordre où elles arrivent.

Comme dans l'ensemble des services d'urgence, car la pédiatrie ne fait pas exception, la majorité des motifs est évaluée en « urgences simples », tous les patients qui se présentent et restent sur place sont examinés et environ 20% des patients examinés sont hospitalisés[20].

Les facteurs qui déterminent le classement par priorité sont assez complexes mais tiennent surtout au risque que fait peser l'attente sur la santé du patient (motif clair tel un empoisonnement mais aussi suspicion de gravité telle une chute avec plaie et douleur faisant suspecter une fracture ouverte), aux conséquences de l'attente sur la qualité de l'intervention (plaie qui ne soit pas cicatrisée avant la suture, œdème…), à la douleur exprimée par le patient.

Les professionnels réalisent à chaque nouvelle arrivée une opération consistant à transformer un surgissement en un cas de figure connu, à partir duquel ils peuvent déployer

---

[20] Les principaux motifs de visite sont la fièvre, la toux, les maux intestinaux, les traumatismes aux membres ou crâniens, puis les lésions dermatologiques, les brûlures, etc. Voir *Rapport 2007 de la cour des comptes*, *op. cit.*

une intervention dont les formes ont été anticipées. Les patients sont ainsi d'abord *appréhendés* en tant que public, puis *reconnus* en tant que type particulier de physiologie et de pathologie, porteur de ressources particulières – tous ciblages correspondant à une grille anticipée dans laquelle ils peuvent désormais être inscrits. A chacune des cases de cette grille, correspondent les grandes lignes d'un type de prise en charge.

Cette conversion de l'inconnu en connu ne se réalise cependant pas uniquement selon des protocoles formalisés et enseignés. Cette compétence à manipuler des typologies s'acquière, ou du moins s'affine, en grande partie sur le tas.

La transformation du public en catégories de patients passe par un exercice de reformulation systématique du discours en données. Les formes de la conversation étant respectées, le « groupe du patient » n'a pas nécessairement conscience de ce véritable travail de codage et de tri : il peut avoir le sentiment de discuter, tandis que les professionnels sont dans un processus de collecte d'information. Ainsi, les paradigmes divergent, donnant lieu de façon récurrente à une certaine frustration, à des malentendus : alors que le groupe du patient tâche d'objectiver l'état d'un proche, le professionnel tâche de discerner un profil. Alors que les uns singularisent l'expérience du patient, les autres l'inscrivent dans une cohorte de cas semblables.

A travers la nécessaire articulation de ces perspectives, l'arrivant devient patient.

Nous avons posé rapidement les grandes lignes du fonctionnement des services d'urgence hospitaliers et décrit plus précisément le cadre où se déroulent nos interactions en SAU. Nous reviendrons en détail sur l'activité et les interactions au sein des services d'urgences pédiatriques.

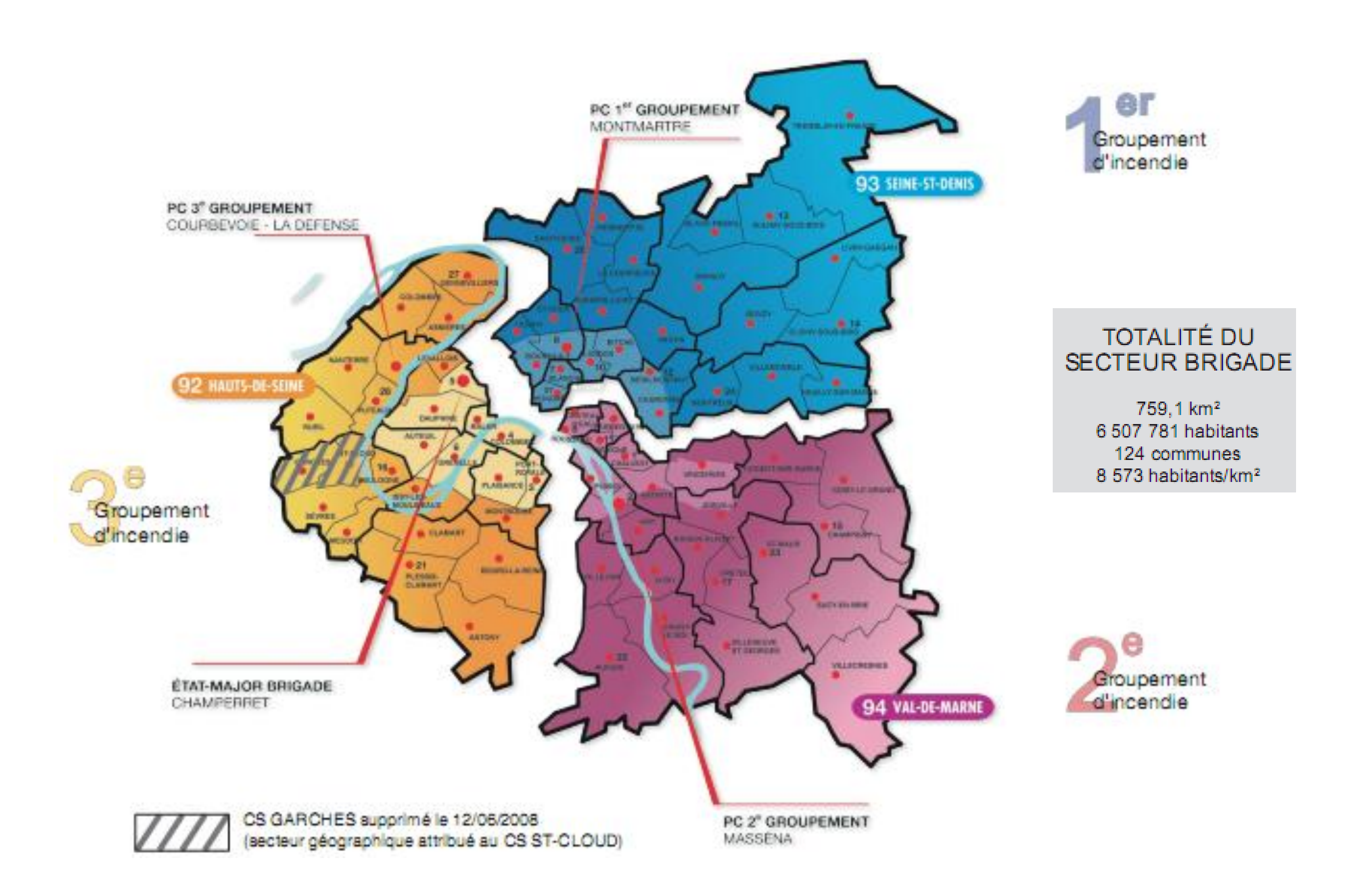
Voyons à présent, de façon succincte également, comment s'organise le secours pompier et plus particulièrement, le centre de coordination des opérations et des

transmissions, où nous avons réalisé les observations et enregistrements concernant les appels au 18.

1.1.3. La Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris

La Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris fonctionne en liaison étroite avec les préfets de Paris et des trois départements limitrophes (92/Hauts de Seine, 93/Seine Saint-Denis, 94/Val de Marne). Les missions s'étendent de l'incendie à la sécurité civile, en particulier le sauvetage et la maîtrise des risques liés aux produits chimiques, au gaz et à l'électricité. Le secours aux personnes, l'incendie et les risques de grande échelle forment aujourd'hui leur principal cadre d'intervention. La zone de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris (les quatre départements de Paris et la petite couronne) compte soixante-dix-huit centres de secours (CS).

Ces centres de secours forment huit compagnies d'incendies (CI), quatre intra muros, quatre extra muros. Chaque centre de secours a sa zone d'intervention, mais si l'un ne peut répondre seul à une intervention, les autres peuvent aussi intervenir, par ordre préalablement établi (interventions hors secteur).

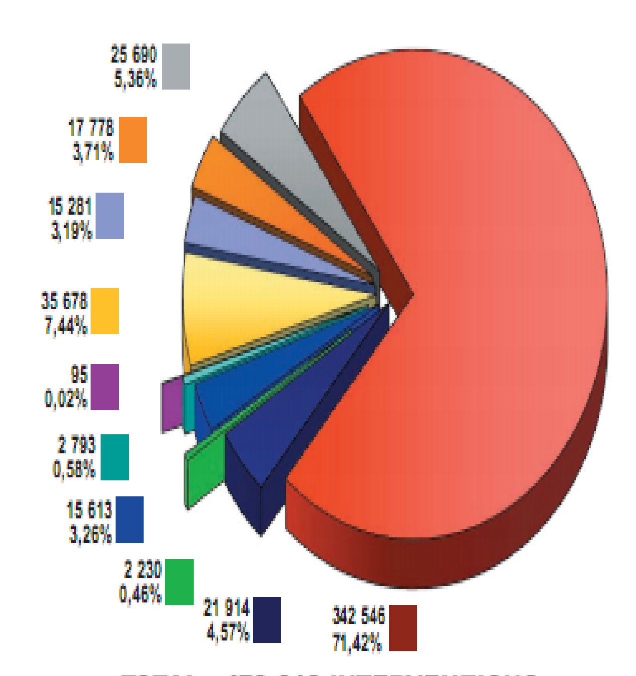


L’état-major de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris se trouve à la caserne Champerret, dans le XVIIème arrondissement, qu’il partage avec un centre de secours de la cinquième compagnie d’incendie (CI). La zone de la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris compte 6 105 000 personnes, soit 10 % de la population française et elle a en charge 40 % des opérations des sapeurs-pompiers français et 60 % des opérations d’envergure.

Cette organisation des secours, très étendue et très dense à la fois, repose ainsi sur un très haut niveau d'articulation et de distribution des moyens matériels et humains, coordonnés à partir d'un centre névralgique, qui associe réception centralisée des alertes et dispatch des interventions aux centres de secours, auxquels il indique le quoi (quel sinistre, et où), mais aussi le qui (quels équipages/combien de personnes envoyer) et le comment (quels modules d'équipement emmener).

TYPOLOGIE DES INTERVENTIONS

TYPE D'INTERVENTION	Nombre d'interventions				Variations	
	2006	2007	2008	% 2008	2006/2008	2007/2008
Fausses alertes	16 519	16 506	15 281	3,19%	- 7,49%	- 7,42%
Incendies	18 793	17 669	17 778	3,71%	- 5,40%	+ 0,62%
Accidents de circulation	24 027	26 004	25 690	5,36%	+ 6,92%	- 1,21%
Secours à victime	299 082	317 106	342 546	71,42%	+ 14,53%	+ 8,02%
Assistance à personne	17 512	20 639	21 914	4,57%	+ 25,14%	+ 6,18%
Faits d'animaux	2 151	2 535	2 230	0,46%	+ 3,67%	- 12,03%
Eau - gaz - électricité	20 382	20 990	15 613	3,26%	- 23,40%	- 25,62%
Protection des biens	3 805	3 475	2 793	0,58%	- 26,60%	- 19,63%
Pollutions	83	94	95	0,02%	+ 14,46%	+ 1,06%
Reconnaissances - recherches	34 849	35 067	35 678	7,44%	+ 2,38%	+ 1,74%
Totaux	437 203	460 085	479 618		+ 9,70%	+ 4,25%
Moyenne Journalière	1 198	1 261	1 310			



Evolution et répartition des types d'intervention de la BSPP, 2006-2008[21]

Si les incendies constituent la mission historique et le cœur de métier des pompiers, ils sont extrêmement minoritaires (entre 4 et 10%). C'est le secours à victime (surtout si l'on ajoute l'assistance à personne) qui pèse le plus dans l'activité des pompiers.

---

[21] Mise à jour 2009 pour la BSPP : 75% des interventions sont des Secours à Victimes

Appels enregistrés (décrochés) au CCOT : 1 500 000.

Temps moyen entre l'appel et l'arrivée de l'équipage sur les lieux : 6'47.

1.1.3.1. Le centre de traitement des appels au 18 / 112

Le Centre de Coordination des Opérations et des Transmissions (CCOT) est en charge du traitement des appels et des interventions à l'état-major de la Brigade des Sapeurs-pompiers de Paris (BSPP). Ses missions consistent à recevoir et à traiter les appels au 18 ou au 112 (18/112), à faire partir les moyens d'intervention et à activer la salle opérationnelle ou la salle de crise permettant la coordination des acteurs clé (gaz, police, hôpital, cabinet ministériel, responsables des départements concernés …) lors d'interventions spéciales ou à risque (canicule, grand incendie, fuite chimique ou de gaz…). Il s'agit donc d'un bureau essentiellement logistique, ne prenant aucune part au terrain. Personne au CCOT n'est susceptible de partir en intervention ni d'entrer dans un contact en face-à-face avec les « requérants » - le terme désignant communément les personnes qui composent le 18 et « requièrent » l'intervention des pompiers.

Les « stationnaires » sont les agents qui reçoivent et traitent les appels au 18/112. Ce sont des caporaux ou des caporaux chefs, ayant plus de trois ans d'intervention en centre de secours et qui sont affectés au CCOT. Plus des trois quarts arrivent en moyenne après huit ans de « camion ».

En 2009, le CCOT emploie en salle « 18 » environ 80 personnes, contre 63 en 2004 et 53 en 1999. Un cinquième sont de garde, et trois par jour sont en permission ou en formation. Sur les agents de garde, trois équipes se relaient, une de nuit et deux de jour. Les gardes sont de 24 heures pour 48 heures de repos. L'amplitude et l'intensité des gardes est importante ; la récupération également. On a donc en journée 6 stationnaires présents, dont un chef d'équipe et un stationnaire radio (ces postes « tournent » parmi les stationnaires), et les stationnaires de garde ayant quartiers libres peuvent être rappelés en cas d'encombrement des lignes, de surcharge d'appels par rapport aux effectifs présents.

Leur travail consiste essentiellement à répondre aux appels, à saisir, s'il y a lieu, la demande en code sur un ordinateur, à valider cette demande et à valider enfin les moyens à utiliser sélectionnés par le logiciel (baptisé SYNTIA). Une fois validée, la demande sort simultanément sur le téléscripteur de la salle standard du centre de secours concerné, et déclenche une lumière rouge, indiquant à l'officier de garde qu'il faut réunir hommes et matériel et partir en intervention sans délai. La fiche comprend la nature de cette intervention et les moyens à engager.

99 % des interventions sont déterminées par le télex envoyé par le CCOT, c'est-à-dire par le stationnaire[22]. Leur rôle est déterminant et l'on comprend l'importance stratégique que revêt leur décision, puisque ce sont eux qui choisissent d'initier ou non une intervention et déterminent ses moyens humains et matériels. Dans la mesure où cette intervention aboutit souvent à une prise en charge médicale par un service d'urgences hospitalières, ils apparaissent comme le premier maillon opérationnel d'une chaine du secours interservices, qui intègre le CCOT, le transport d'urgence, puis la prise en charge hospitalière.

1.1.3.2. Faire vite, donc faire court

Le traitement total de l'appel, depuis le décrochage jusqu'à l'arrivée de l'information par télex au centre de secours, ne doit pas excéder une minute en moyenne[23]. Ceci doit permettre de tenir un délai de moins de 10 minutes entre l'appel et l'arrivée des secours – que le monde envie au service français – mais aussi de prendre un grand nombre d'appel et de réduire autant que possible les appels « non décrochés ». Il y a en effet beaucoup plus

---

[22] Quelques personnes signalent toutefois les problèmes directement au centre de secours, et il peut arriver aussi que ce soit le centre de secours qui ait un problème nécessitant ses propres pompiers : le 1 % manquant.

[23] Le temps moyen est de 6'47 et au-delà de 10 minutes, une procédure automatique est déclenchée pour analyser les raisons du dépassement de ce seuil.

d'appels que les stationnaires ne peuvent en traiter, environ 10000 pour 6000 décrochés. Mais « si c'est grave, les gens rappellent »[24]. Même si les nuits sont plus creuses que les journées, et qu'existent des heures de pointes, les appels ne cessent donc jamais au CCOT, le plus grand centre d'appel de France. La cadence est élevée et les exigences de rapidité sont vitales pour parvenir à traiter l'ensemble des appels, et à tenir l'impératif d'obligation de moyens.

Du côté de l'appelant, un arbitrage existe aussi entre ce qu'il faut dire, ne pas oublier, ce qu'il faut laisser de côté pour gagner du temps, et ce qu'il faut taire, pour toutes sortes de raisons. Du côté du stationnaire, l'envoi des moyens les plus adaptés dépend de la qualité des informations obtenues, le plus souvent auprès de donneurs d'alertes ordinaires qui ne sont pas des professionnels de l'urgence et n'en connaissent pas à l'avance le script. L'enjeu de l'interaction se double ainsi d'une tension liée à la pression de l'urgence. Cette contrainte d'efficacité en temps limité pèse sur un échange compliqué par le fait que l'appelant ignore *a priori* ce qu'il doit dire ou du moins, dans quel ordre. Ces situations ont en outre souvent une dimension émotionnelle qui peut peser sur le tour et la durée de l'échange, dont dépend la rapidité et la qualité de l'intervention.

1.1.3.3. Les espaces de l'appel

Le CCOT se compose matériellement de quatre espaces, en vue les uns des autres, séparés par des parois transparentes : la salle opérationnelle, où un officier de garde contrôle l'état des interventions en cours et veille au maintien d'une couverture opérationnelle suffisante ; la « salle 18 » ou centre de réception des appels d'urgence 18 et 112 ; la salle de coordination médicale, qui décide de l'envoi des véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) et fait le lien avec les associations de sécurité civile (Croix Rouge,

---

[24] *Dixit* l'un des stationnaires qui évoquait l'excès de travail et la dégradation des conditions de travail des stationnaires du fait de l'augmentation des appels et de l'adjonction du numéro 112 au centre de traitement des appels au 18.

Protection civile...) ; enfin, le centre de gestion des crises (opérationnel depuis 2005) où se réunissent tous les services chargés de la gestion des crises graves à Paris.



Le CCOT. A gauche au premier plan, le chef d'équipe. Au centre la "table ronde" des stationnaires. Au fond à droite, la salle de régulation médicale. La salle opérationnelle, invisible sur la photo, est à gauche.

La « salle 18 », la plus grande, est occupée par les 6 stationnaires, dont un chef d'équipe et un stationnaire radio. A sa droite, se trouve la « salle de régulation médicale », avec deux stationnaires habilités à évaluer un état médical, un médecin militaire et un médecin civil. Les stationnaires aux prises avec un problème médical leur transfèrent l'appel pour qu'ils évaluent le problème et suivent ensuite par radio, en liaison avec les pompiers intervenants, le travail des secours et le dénouement. Les stationnaires « régu » suivent aussi par radio le déroulement des soins et prennent les appels des camions ayant une communication à faire après un premier contact avec la régulation. Ils sont là en soutien des médecins, ces derniers étant les seuls véritablement autorisés à donner des conseils ou à délivrer un diagnostic. Si n'importe quel stationnaire habilité peut s'inscrire à « régulation médicale », il s'avère que ce sont le plus souvent les mêmes, peu nombreux, qui préfèrent être en régulation plutôt qu'en salle 18. Il n'y a pratiquement pas de *turn over* des stationnaires entre la salle 18 et la régulation médicale. A gauche de la salle 18, se trouve la « salle opérationnelle », qui est activée en cas d'intervention importante, grave ou faisant intervenir d'autres services (EDF GDF sécurité routière). La salle assure la coordination entre les différents moyens engagés, et transmet l'information aux responsables et aux autres services concernés (préfet de police, Laboratoire Médico-légal, Préfet, EDF, presse...). S'y trouvent en permanence le capitaine en charge de l'équipe de stationnaires et son adjoint, sous-officier.

1.1.3.4. De la prévision à l'encodage

L'organisation des pompiers visant à associer le plus vite et le plus efficacement possible, des hommes et des objets – des engins, du matériel, des plans, des ordinateurs, des téléphones…[25], elle suppose d'anticiper de quoi les équipages auront besoin sur place, en prévoyant donc le scenario de ce qui va se passer. La Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris consacre ainsi du temps, des hommes et des machines à prévoir le plus de cas de figure possibles pouvant impliquer l'intervention des pompiers. Ils investissent lourdement dans des systèmes prévoyant moyens et procédures, quelle que soit l'intervention, en attachant à l'équipage des véhicules et du matériel présélectionné, en fonction du sinistre.

Pour D. Boullier :

> « Ce travail, de plus en plus important, permettra de limiter les délais d'intervention : prévoir l'urgence c'est déjà la nier, en tant que facteur de déstabilisation, pour pouvoir déployer d'emblée une grille d'analyse, un plan d'action alors que l'événement désorganise tous les autres acteurs[26] ».

Presque tout (matériel, hommes, véhicule) se trouve ainsi *articulé* autour d'un protocole *ad hoc* pour répondre à chaque cas particulier. Le risque n'est alors pas vu comme une fatalité, appelant une réponse au coup par coup, mais comme un problème à gérer, qu'on a au maximum anticipé et pour lequel des outils sont prévus.

Comme l'expliquent D. Boullier, S. Chevrier, en amont et autour du traitement des appels, existe ainsi une importante activité de prévision, d'anticipation, de fabrication de scénarios et de réponse. Les centres départementaux essaient de minimiser le plus possible la surprise, et l'improvisation. Des séances fréquentes ont pour but d'imaginer des scénarii d'urgence inédits, de trouver la meilleure réponse et de les répertorier, afin que les pompiers appliquent au maximum un protocole existant et n'aient pas à inventer eux-mêmes sur place,

---

25 D. Boullier, S. Chevrier, *Les Sapeurs-pompiers : des soldats du feu aux techniciens du risque*, Paris, PUF, 2000.

26 *Ibid*.

grâce à ce travail de back-office[27], une réponse adéquate. Tout est fait pour aider la transformation de l'imprévu et du surgissement, en prévu et planifié. D'une intense « capitalisation des opérations » (statistiques et bases de données, retour d'expériences via réunions, comptes rendus, décomposition et schématisation) émergent des modèles de sinistre et de réponse.

L'urgence pour les pompiers en tant que système, c'est ainsi avant tout la prévision de scenarios et de réponses, et de là, l'association d'une configuration d'hommes et d'objets adaptés au cas d'urgence du moment.

Un tel travail d'anticipation, de prévision, de grilles, de cases à cocher, de nomenclatures, etc., procède d'une neutralisation du cas particulier dans son unicité. Cet aspect s'avère très important dans l'activité des stationnaires chargés du traitement des appels au 18. Il nous parait pouvoir représenter une dimension caractéristique de ce métier de l'urgence des stationnaires.

Le cas singulier, exceptionnel, marquant que raconte le requérant doit, pour être traité, être ramené à une catégorie connue à laquelle correspond une « grappe de moyens ». Au cas singulier correspond une *catégorie*, à charge pour le stationnaire de relier l'un à l'autre, opération qui nécessite, comme nous le verrons, une mise à distance, un recul, une objectivation de ce qui est dit.

A un niveau encore très général de description de l'activité au 18, se joue dans le traitement du contact avec le requérant un travail de transformation de l'inconnu en connu, à travers différentes manières de rapporter le singulier surgissant en catégories prédéfinies permettant un traitement, et son insertion contrôlée dans l'activité plus générale du service.

[27] Voir notamment, sur le back-office des métiers au contact avec le public (il s'agirait là plutôt d'administré, le très stimulant M. Lipsky, *Street level bureaucracy*, *op. cit.*

Si le particulier, le personnel et l'inconnu sont en jeu, la manière de recevoir et de gérer son irruption consiste à le rapporter à du catégoriel, du prévu, du connu. En lien avec cette opération.

Nous explorerons ce rapport très particulier d'extériorité-familiarité qui ainsi s'instaure dans la relation fugace et opérationnelle entre professionnel et public. L'échange avec ce dernier est pour le professionnel *un élément informationnel* à recueillir, traiter et intégrer à un processus, en temps limité : la conversation est *objectivée* et *réduite* à une fonction instrumentale, deux « compétences communicationnelles »[28] essentielles à la performance consistant à traiter et intégrer chaque nouveau cas sans ralentir ou saturer le système. Les compétences communicationnelles sont ici entendues dans une acception austinienne[29] et performative, comme capacité à réaliser une tâche à travers le langage et son traitement, en situation, autrement dit dans notre cas, capacité des professionnels à *transformer* le récit du requérant. Les pompiers comme les infirmiers le transforment doublement : ils en influencent le cours, le contenu et le débit, et ils sélectionnent et reformulent les informations ainsi recueillies pour en faire des éléments utilisables dans un processus standard[30].

La « texture » du travail des stationnaires, entre compétences d'écoute, de cadrage, de transformation factuelle et de tri à la fois aiguisés et rapides est directement liée à cette exposition à un grand nombre de requérants. Analyser leur manière de procéder, donc de traiter (avec) l'appelant, va ainsi nous permettre d'éclairer la problématique d'un secours

---

[28] Voir A. Borzeix « Le travail et sa sociologie à l'épreuve du langage » *in* A. Borzeix, B. Fraenkel *Langage et Travail, cognition, action, communication*, Paris, Ed. du CNRS, 2001, pp. 203-230.

[29] J. L. Austin, *Quand dire, c'est faire*, Paris, Seuil, 1991.

[30] Voir parmi de nombreuses références, notamment dans le réseau Langage et Travail, la synthèse des travaux de S. Pène, *Ecriture, expression, économie, critique du paradigme «individu et organisation»*, Présentée en vue de son Habilitation à Diriger des Recherches, MCF, Paris, Université Paris 5 René Descartes, 2005.

tiercéisé : qu'est-ce qui fait, au-delà de leur extériorité, la tiercéité de ces professionnels, tiers-secouristes par excellence ? En quoi la texture du travail est un des aspects de la tiercéité que représente le professionnel pour le requérant ? Par ailleurs l'appelant n'est pas la seule priorité du stationnaire. Que prend-il en compte et en quoi cela intervient-il dans la manière dont se déroule l'échange ?

Nous avons donné quelques repères pour comprendre le contexte d'activité des professionnels pompiers et hospitaliers sur lesquels nous nous appuyons pour interroger la tiercéité des relations de secours d'urgence dans ses différentes acceptions, ses contours mouvants et la manière dont elle souche diversement les acteurs du secours que constituent le professionnel, le passant et l'accompagnant, comme nous allons le voir. Entrons à présent dans la présentation des questions qui ont présidé à cette recherche et nous ont amené à interroger l'interaction du secours d'urgence[31], sous l'angle de sa tiercéité, et de ses tiers.

1.2. Une tiercéité omniprésente et multiple

Le rapport, complexe, qui s'établit entre professionnels et requérants, patients ou accompagnants, bref, public, détermine en grande partie la prise en charge en urgence. C'est lui qui constitue l'axe principal de notre recherche. Nous partons de l'idée que le rapport de secours d'urgence entre professionnels de l'urgence et public (dont nous verrons qu'il est composé de différents acteurs) peut être mieux compris si on l'interroge comme une relation comportant un rapport de *tiercéité*. Ce terme désigne, *a minima*, et surtout, *a priori* un rapport d'extériorité, mais néanmoins d'intervention dans un groupe préexistant. Elle contient à la

[31] Nous cèderons parfois à la facilité de l'expression « interaction de secours » ou « situation de secours », mais toujours pour désigner, sauf précision contraire, le secours *d'urgence* tel qu'il se définit au CCOT et dans les SAU (et non d'autres formes de secours).

fois l'idée d'une intervention *extérieure* (celle du professionnel, d'abord, celle du donneur d'alerte anonyme, tel le personnage du passant, également), et l'idée d'une interaction impliquant des tiers et par là, potentiellement triadique (patient, professionnel, *tiers*). Intervention extérieure, présence de tiers et triade dont nous voulons analyser les formes et les effets, sont recherchées et analysées dans une perspective pragmatique qui se comment ces déclinaisons autour du motif de la tiercéité influencent et peut-être, caractérisent la situation de secours. La perspective interactionniste, en s'intéressant à ce qui se passe *entre* les gens, en s'attachant à faire varier les points de vue autour d'une situation, peut nous aider à travailler la tiercéité.

Deux problématiques s'entrecroisent donc : une mise en question de la *tiercéité intrinsèque de la prise en charge de l'urgence*, et une entreprise de caractérisation d'un personnage du jeu social, *le tiers*, qui permet que besoin et secours se rencontrent.

La tiercéité est-elle consubstantielle au secours ? Élément observable de la sociabilité urbaine en acte mais également, dans une certaine mesure, de sa citoyenneté, elle n'est abordée ici ni par la philosophie politique, ni par l'organisation institutionnelle des secours, mais par sa mise en évidence quotidienne en acte, disputable et publique. Les services d'urgence permettent en effet de voir *in situ* le souci de l'autre, étranger ou proche, tel qu'il se manifeste, donc de repenser sa définition à travers ce qu'il fait, au bout du téléphone ou dans le box d'un service d'urgence.

Élucider les modes d'expression et de réalisation de ce type de relations, tel est notre programme de recherche, qui se place surtout au niveau des ressorts interactionnels et de la performativité de ces situations de secours et des interventions tierces qui les façonnent. Nous

nous attachons notamment en cela à analyser « ce que parler peut faire[32]» dans les interactions de secours entre public et professionnels.

En interrogeant ce qui « fait secours », nous regardons en fait *ce que fait* le secours et *ceux qui le font* dans une perspective pragmatique et à un niveau interindividuel et microsociologique, en une tentative formelle de contribuer à la compréhension des formes d'interactions élémentaires.

Pour nous en saisir au plus près de l'expérience, par ce qu'elle donne à voir et à percevoir dans l'instant de sa réalisation, nous n'étudions pas la relation de secours dans la durée de ses engagements et de ses obligations mutuelles mais, au contraire, dans l'immédiateté et la fugacité de rapports rapides, brefs et *en urgence*. Nous nous plaçons ainsi, entre les professionnels du secours et les demandeurs de secours, au plus près des manières de nouer cette demande, au cœur des ajustements perceptibles dans l'interaction et déployés autour de cette situation.

Étudier la présence de tiers dans les situations de secours et d'urgence, c'est interroger leur manière de s'inscrire dans le cours d'activité de professionnels des secours (à travers le fait de les alerter et de participer aux soins), et les effets de leur présence sur ce que nous appellerons rapidement ici la « relation de secours » traditionnellement centrée sur le duo professionnel-patient. Ce deuxième point engagera à interroger plus largement la nature même de cette « relation de secours », bien différente des modèles connus de « relation médicale » ou de relation de soin.

[32] Pour reprendre l'expression d'A. Borzeix, *in Sociologie du travail* n°2, 1987.

2. GENESE D'UN QUESTIONNEMENT

Notre point de départ est une réflexion sur les rapports entre individus vulnérables et professionnels dédiés, commencée dès notre travail de maîtrise et poursuivie en variant et en croisant des terrains où ce type de rencontre se posait. Les rencontres entre un public en demande d'aide et des pompiers, des policiers de diverses sortes (ilotiers, brigades de jour et de nuit, brigades anti-criminalité), des urgentistes et des médecins, constituent l'arrière-plan empirique d'une interrogation transverse sur la nature des relations d'aide et de secours entre des usagers et des institutions, et au-delà, sur la nature de la relation de *secours* elle-même, portée par des institutions, des proches ou des *tiers*, entre aide, solidarité, don et charité, selon les contours, types et degrés d'engagement qu'elle comporte.

Nous avons été amenés à réaliser une série d'enquêtes qui ont contribué à l'élaboration de notre approche. Trois de ces projets concernaient la relation à l'usager à la RATP[33], et trois autres, la relation aux patients à l'hôpital[34]. Ces enquêtes nous ont notamment conduits à porter une attention plus grande aux situations anodines d'échange où l'on croirait *presque* qu'il ne se passe rien.

---

33 Sur la relation entre les usagers et les professionnels de la RATP, en particulier, F. Chave, *Les équipes de ligne,* RATP, Editions de la Prospective, 2001, F. Chave, *Les bouquets de service et les interactions avec les usagers,* RATP, Editions de la Prospective, 2002 et D. Laousse, G. Salesse, F. Potier, F. Chave, S. Chevrier, S. Juguet, *Ville, évènements et mobilités : le cas des Championnats du monde d'athlétisme 2003*, RATP, Editions de la Prospective, 2007.

34 F. Chave, Les conditions d'exercice des professionnels de santé, le cas des urgences pédiatriques, Rapport, Délégation interministérielle à la ville, 2003 ; F Chave, A. Hédouin, Prise en charge et vulnérabilité en pédiatrie et en gériatrie, rapport, INSERM-CNRS, 2004 ; et deux projets européens financés par la commission européenne sur La prise en charge médicale des femmes victimes de violences conjugales, IDH, DAPHNE-Commission Européenne, 2005 et 2006.

Pour notre mémoire de maîtrise, réalisé sous la direction d'Isaac Joseph, nous nous étions attachés aux compétences et aux techniques discursives des pompiers, en soulignant la part « informelle », langagière et interactionnelle de la performance des pompiers.

Nous nous étions alors interrogés sur l'écart entre le besoin, l'expression de ce besoin, sa réception et les réponses proposées. Cet axe se retrouve très fortement aux urgences, où demandes, réponses et perceptions de ce qui est légitime s'affrontent presque constamment.

Puis dans le cadre de notre travail de DEA, nous avons « triplement » décalé la perspective sur les interactions de secours, en passant des pompiers à la relation entre agent de police de proximité (PUP) et usagers, sur le terrain du commissariat de police, et en face-à-face. Nous avons plus particulièrement étudié les rondes et les appels au 17 en lien avec les brigades de jour et de nuit. Nous y observions une déclinaison singulière de la notion de relation de service, qui peut être mobilisée pour circonscrire et définir un certain type de rapports « de secours ».

Notre intérêt, au fil de ces recherches, s'est peu à peu resserré sur l'ambivalence d'une relation fluctuante et constamment redéfinie *in situ* entre professionnels et public, d'une part, la place et le rôle de tiers dans ces interactions d'autre part.

Nous nous sommes, à partir de ces terrains et des questionnements qu'ils ont fait naitre, d'abord posés la « question de départ » suivante : la demande de secours et son traitement, « comment ça marche [35]? »

---

35 Le projet était d'étudier, sur les années de maîtrise, de DEA et de thèse, les trois services publics d'urgence à savoir les sapeurs-pompiers, police-secours, et les services d'urgence hospitaliers. Nous avions déjà observé les sapeurs-pompiers (maîtrise) et la police (DEA) ; restaient les urgences hospitalières et le fruit de la comparaison. Si le projet a nettement évolué depuis ce point de départ, les bases sont restées les mêmes, hormis le cas de police-secours que nous avons finalement laissé de côté pour nous concentrer essentiellement sur les situations de secours médical.

Nous avons ensuite au cours de la thèse élaboré notre questionnement à partir de trois terrains dans deux services d'urgences pédiatriques et au centre de traitement des appels au 18.

2.1. Les pompiers comme point de départ

L'observation de l'activité au centre de traitement des appels au 18/112 (sapeurs-pompiers de Paris), durant deux mois, visait à analyser les compétences et les interactions entre « stationnaires » et « requérants »[36], c'est-à-dire pompiers et appelants.

Le projet de thèse s'est appuyé sur trois points que nous souhaitions approfondir, issus de ce premier terrain.

En premier lieu, nous voulions tirer les conséquences de la présence très courante d'un donneur d'alerte distinct du bénéficiaire, notamment sur le contenu des échanges et le rôle de ce *tiers* auprès du bénéficiaire.

En deuxième lieu, nous nous intéressions, dans une perspective interactionniste marquée par le face-à-face goffmanien, à la spécificité des interactions téléphoniques, et au fait qu'on puisse raccrocher, qu'on doive aller vite, d'un côté comme de l'autre, sans pouvoir s'appuyer sur des signes visuels pour soutenir l'échange.

Enfin, l'alerte géographiquement et temporellement distincte de la prise en charge, constitue une interaction strictement verbale qui ne s'accompagne ni de gestes ni de secours directement réalisés par les professionnels, bien que des mesures puissent être indiquées à l'appelant sensé les réaliser seul en attendant les secours. Nous souhaitions analyser cette propriété performative de l'activité, où le « faire agir » est très présent au sein d'une division

36 Selon la terminologie en vigueur chez les sapeurs-pompiers, qu'on retrouve d'ailleurs dans d'autres services de traitement des appels, comme au SAMU, cf. Actes du séminaire *Accessibilité et situations d'urgence* Plan urbain, DRAST, RATP, avril/mai 1992.

nette des tâches du traitement de l'appel à la prise en charge à proprement parler (intervention).

Partant d'une interrogation sur la structure des interactions de demande de secours, nous avons alors voulu comparer ces situations téléphoniques avec un traitement délocalisé, et des interactions de secours face-à-face avec traitement intégré de la demande et de la prise en charge[37]. Afin d'avoir accès à des interactions face-à-face, nous nous sommes alors tournés vers les services hospitaliers d'urgences pédiatriques. Pour étudier plus spécifiquement des structures triadiques (un donneur d'alerte, distinct du bénéficiaire, un bénéficiaire et un professionnel), les urgences pédiatriques offraient un contexte où le tiers (les familles) était *a priori* présent. Nous avons fait deux fois trois mois de terrain dans deux de ces services.

Mettre en regard les urgences hospitalières et les pompiers, plutôt que le SAMU, donnait accès au traitement téléphonique des urgences, à la fois médicales et non médicales. Associer dans la recherche les appels au 18 et l'accueil aux urgences pédiatrique permettait ainsi de varier les contextes en se plaçant dans deux cadres à la fois différents et comparables[38].

2.2. Des interactions de secours à la tiercéité

Le projet d'analyser les différentes formes de présence et d'engagement dans la situation de secours a mis en évidence le fait que sur nos terrains, le « requérant » n'étant,

---

37 Nous n'évoquons pas ici les résultats de l'enquête au 18, cf. notre mémoire de maîtrise : F. Chave, *Pompiers, j'écoute, compétences et interactions au 18*, Université de Paris X Nanterre, 2000.

38 Ce qui n'est pas vraiment le cas avec les appels à police-secours, par exemple.

souvent, pas le « bénéficiaire »[39], une tierce partie, passant, parent, collègue, etc., était donc présente à l'interaction. Loin d'être un témoin passif, le fait est qu'en général, elle intervient dans le cours de la prise en charge, au minimum comme déclencheur d'intervention et souvent à travers une participation directe aux secours. Ce tiers, donneur d'alerte ou accompagnant, est l'acteur clé de l'interaction de « démarrage ». C'est à travers lui – son initiative, ce qu'il dit, son comportement- que la situation est définie et que des décisions sont prises.

La présence d'un acteur distinct du bénéficiaire a des conséquences sur le récit déclencheur d'intervention – l'alerte –, sur la prise en charge et, dans le cas des SAU, sur l'activité même du service. Les services ont en effet besoin des tiers, pour donner l'alerte, mais aussi pour tenir lieu de responsable et pour participer à la prise en charge. Les soignants, infirmiers et aides-soignants, tiennent d'ailleurs certains rôles laissés à l'entourage lorsqu'il est présent.

Pour les services, ce tiers, non expert (même s'il peut être compétent, comme nous le verrons) et souvent ému, doit être intégré à la prise en charge sur un plan communicationnel (lui expliquer ce qui se passe, quel rôle il peut jouer) psychologique (éviter qu'il ne nuise au service, le rassurer), écologique (lui trouver une place), etc.

Une partie essentielle de cette thèse consiste donc précisément à analyser ces interactions à trois protagonistes et à les envisager comme *une forme caractéristique des interactions de secours.*

Nous verrons que dans certains types de situations, cette tiercéité, et ses effets, s'exercent même au sein d'apparents duos, notamment le duo enfant-secouriste[40].

---

39 Nous reprenons ici les termes des pompiers eux-mêmes. Le « requérant est celui qui appelle le 18, et le bénéficiaire celui qui reçoit l'aide et les soins des pompiers. On parlera également de «victime » ou de « patient », quand l'aide est médicale.

40 On utilisera quelquesfois le terme « secouriste », pour désigner de façon générique le prestataire de secours, qu'il soit pompier, médecin ou chirurgien.

Le fait, enfin, que les secours reposent largement sur des donneurs d'alerte distincts des victimes conduit également à interroger la vulnérabilité liée à l'absence d'un tiers capable et désireux de donner l'alerte. Il s'agit d'étudier l'inscription de tiers dans l'interaction de secours sous l'angle des ressources et des difficultés que cette inscription représente pour eux.

L'objet de la thèse est ainsi d'étudier ce que font les tiers (professionnel mais aussi parents et passants) au démarrage de la prise en charge par des services d'urgence (pompiers, urgences pédiatriques), une fois observé que ces situations comportent toujours la présence de tiers, intervenants bien sûr, mais encore simples témoins, accompagnateurs et donneurs d'alerte.

Sans entrer encore dans le détail des différences entre ces « rôles », on peut constater que la fréquence d'une présence tierce, en plus des professionnels, en fait un donné, généralement négligé, du « secours institutionnel ». Dans la mesure où l'on s'intéresse spontanément toujours plus au héros qu'au second rôle, et plus au second rôle qu'au figurant, la présence de tiers non-professionnels autour de l'usager est le plus souvent naturalisée et peu explorée. Nous proposons, au contraire, une approche formelle des « relations de secours », qui mette en évidence leur caractère ternaire et engage à prendre au sérieux les effets de ces configurations particulières[41].

Cette « morphologie des interactions » de secours et d'urgence qui s'attache à trois personnages de la prise en charge (le professionnel, le donneur d'alerte et l'accompagnant) vise à rendre compte de la pleine participation de tiers, dans les cas spécifiques des appels au 18 et de l'accueil dans les services hospitaliers d'urgences pédiatrique.

---

[41] Sur les formes et les effets des groupes et en particulier des trios, voir G. Simmel, *Sociologie, études sur les formes de la socialisation*, Paris, PUF, 1999 ; T. Caplow, *Deux contre un*, Paris, Armand Colin, 1971. Voir aussi l'article de G. Lits, « Tiers et objectivité sociale chez Georg Simmel. Possibilité d'approche des sociabilités au temps de la mondialisation ? » *Émulations*, n° 5, vol. 3, 2009, pp. 21-30.

Pour ce faire, nous devrons commencer par analyser la manière dont le professionnel joue sa partition et observer la manière dont elle s'articule avec celle d'autres intervenants non-professionnels : le parent et le passant.

Nous découvrirons notamment combien l'activité du professionnel est marquée par le caractère nombreux et fugace de ses contacts avec le public, et combien son expérience de la crise et de l'activité du service est différente de celle du public.

Nous montrerons également, à travers l'articulation de son activité et de celles de tiers, que les situations de secours et d'urgence sont plus larges que leur seule prise en charge institutionnelle, impliquant des acteurs et des scènes au-delà des services eux-mêmes.

Nous serons enfin amenés à proposer une perspective qui ressaisit et renouvelle le rapport à la *situation* comme *cadre* et *expérience* chez E. Goffman[42].

3. *ELEMENTS DE CADRAGE THEORIQUE*

Si nous avons choisi de travailler sur des services d'urgence, c'est sous l'angle de leur activité ordinaire que nous les abordons. Les échanges qui nous intéressent dans ces services sont les moins édifiants, les moins remarquables et les moins extraordinaires. Nous nous focalisons d'ailleurs d'abord sur les interactions de premier contact, c'est-à-dire l'appel ou la présentation au comptoir des admissions[43], et non sur l'intervention des pompiers ou l'opération chirurgicale. Afin de nous en expliquer, voyons dans quel univers théorique nous

---

[42] E. Goffman, *Les cadres de l'expérience*, Paris, Minuit, 1991 ; sur la notion de « situation » : « La situation », *in Les moments et leurs hommes*, Paris, Minuit, 1988.

[43] En réalité nous avons aussi observé ce qui se passait après les admissions, et nous mentionnerons parfois certaines scènes qui se déroulent en dehors du cadre des admissions ou des appels, mais le cadre principal est celui du premier contact et du démarrage d'une situation de secours.

nous situons et en quoi il peut apporter sur ces sujets des points d'entrée, des outils d'analyse et une manière originale et heuristique sinon d'apporter des réponses, du moins de poser des questions.

3.1. Un empiricisme

Notre démarche puise à un ensemble assez homogène d'influences, qui se situent largement du côté de l'École de Chicago, de l'interactionnisme, du pragmatisme américain, de l'ethnométhodologie et de la psychologie de G. Simmel. La méthode empirique qui s'en dégage est liée à une pratique d'observation de ce qui se passe, ce qui se dit ou, plus largement encore, s'exprime (expressions non verbales, corporelles, ton, signes ayant une part essentielle dans l'interaction de secours). Nous nous reconnaissons dans une manière de questionner les rapports sociaux au plus près des pratiques, et au sein de l'interaction.

Cette approche est centrée sur les rapports interpersonnels, l'observation directe, l'espace *sensible*[44] comme espace de signification commun et, dans une certaine mesure, l'ordinaire. Elle puise « généalogiquement », si l'on peut dire, à la source pragmatiste du début du XXe siècle, et notamment, pour ce que nous en retenons, dans le travail de W. James sur la croyance et l'enquête[45]. Il y prend en particulier le parti d'une appréhension pratique des phénomènes, à travers ce qu'ils font et la manière dont ils s'expriment.

---

44 G Chelkoff, J.-P. Thibaud, « L'espace public, modes sensibles : le regard sur la ville », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 57-58, 1992. Les auteurs font ici référence aux cinq sens qui donnent du sens à des espaces parcourus mais aussi expérimentés, observés et interprétés. On retrouve des remarques du même ordre notamment chez L. Mondada, « La ville n'est pas peuplée d'êtres anonymes : Processus de catégorisation et espace urbain », *Marges linguistiques*, n°3, 2002.

45 W. James, *Le Pragmatisme*, Paris, Flammarion, 2007.

Il faut aussi mentionner parmi « nos influences originelles » les fondamentaux empiriques formulés par R. Park[46]. Celui-ci, sans être considéré comme un pragmatiste, introduit un rapport direct du chercheur à l'objet, faisant du sociologue chicagolien du début du siècle dernier un enquêteur de terrain et un arpenteur urbain. Sa tutelle et son influence directe sur la recherche universitaire de l'époque furent déterminants sur le rayonnement ultérieur des pragmatistes et l'essor sociologique des chercheurs qu'on rattache volontiers, et souvent malgré eux[47], à l'École de Chicago, et tenants d'un empirisme « irréductible », selon la formule d'O. Schwartz[48]. Bien-sur, d'autres auteurs, ont également défendu l'approche empirique, voire ethnographique en sociologie, de même que la sociologie de la vie quotidienne trouve des développements dans d'autres traditions que celle de l'école de Chicago (ou ce que l'on désigne ainsi). Nous nous y sommes cependant moins référés qu'à l'héritage chicagolien et pragmatiste américains[49] qui constitue donc notre arrière-plan théorique principal.

46 Y. Grafmeyer et I. Joseph, *L'école de Chicago - naissance de l'écologie urbaine*, Paris, Aubier, 1990.

47 Voir à ce sujet E. Freidson, « une conférence d'Eliot Freidson » *Idées* n° 116, juin 1999, et H. Becker, « La soi-disant école de Chicago », *Colloque Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines*, 3 avril 1998, en ligne en anglais ''The Chicago School, So-called'' sur le site de l'auteur :

http://home.earthlink.net/~hsbecker/articles/chicago.html

48 O. Schwartz, postface : « L'empirisme irréductible », in N. Anderson, *Le Hobo*, Paris, Nathan, 1993, considéré comme une des enquêtes fondatrices de la démarche empiriste d'une certaine sociologie américaine.

49 Tels que rassemblés et décrits en particulier par D. Cefai et I. Joseph *in L'héritage du pragmatisme, conflits d'urbanité et épreuves de civisme*, Paris, éditions de l'Aube, 2002.

3.2. Pragmatisme

Concernant l'héritage pragmatiste, l'approche empiriciste que nous privilégions doit beaucoup à un héritage sociologique influencé par C. S. Peirce, et plus particulièrement, ses *quatre incapacités*[50], qui situent la connaissance dans un rapport *expérientiel* au monde.

C. S. Peirce, dès 1868, fournit en effet en quelques lignes tout un paradigme pour penser l'expérience individuelle lorsqu'il formule ses quatre incapacités humaines[51] :

> 1) Nous n'avons aucun pouvoir d'introspection, mais toute notre connaissance du monde intérieur est dérivée par un raisonnement hypothétique de notre connaissance des faits extérieurs.
> 2) Nous n'avons aucun pouvoir d'intuition, mais toute connaissance est logiquement déterminée par des connaissances antérieures.
> 3) Nous n'avons pas le pouvoir de penser sans signes.
> 4) Nous n'avons pas de conception de l'absolument inconnaissable.

On peut y voir le manifeste fondateur d'une démarche radicalement pratique, et empirique, donc nécessairement temporelle et située. La vision développée par E. Goffman du rapport au monde des acteurs, et les concepts clés qui en découlent, en particulier ceux de situation, rôle et cadrage, y renvoient directement, et il ne dit pas autre chose quand il écrit que dans l'ordre de l'interaction :

> « L'individu *capte* par les sens des *stimuli* externes qu'il *interprète* alors en fonction de ce qu'il ressent *et de ce qu'il sait déjà* ».

Cette perception à la fois batesonienne[52] – et de là, quasi bergsonienne – et *indexicale* du rapport au monde n'est pas sans poser la question de l'universalité des énoncés sociologiques, autrement dit, des limites de la généralisation toujours espérée. Les contributions convergentes visant la prise en compte d'un monde, de situations et même de

---

[50] C. S. Peirce. *Pragmatisme et pragmaticisme,* « Quelques conséquences de quatre incapacités », Paris, Cerf, 2002.

[51] *Ibid.*

[52] G. Bateson, *Vers une écologie de l'esprit,* t. 1 et 2, Paris, Seuil, 1980.

self[53] localisés, situés, vulnérables et surtout changeants nous encouragent en effet à l'humilité s'agissant des possibles universaux d'observations spécifiques.

Cet enchaînement conduit à une remarque classique mais essentielle s'agissant de notre positionnement de chercheur, sur la relation de l'interactionniste à son terrain[54]. Le sociologue y fait d'une manière systématique, et avec des visées analytiques, l'expérience néanmoins ordinaire de la perception sensible de ce que perçoivent, explorent, interprètent et utilisent ceux sur et avec lesquels il s'est proposé de travailler. Ce qui est à la fois la technique et l'objet du sociologue qui regarde l'individu agissant. Autrement dit, l'enquête elle-même consiste à repérer et à analyser les choses que les enquêtés perçoivent et analysent eux-mêmes au cours de leur activité. Par une approche *sensible*[55] – l'observation – le sociologue accède à l'expérience interactionnelle, elle-même fondée sur la perception mutuelle, en particulier la vue et la parole[56].

On pourrait rassembler divers courants sous la bannière de ce qui est peut-être en train de devenir un « renouveau pragmatiste »[57] dans les sciences humaines, à la manière d'un

---

53 C'est la thèse d'A. Ogien sur la notion de *self* chez Goffman, in A. Ogien, « Le remède de Goffman ou comment se débarrasser de la notion de *self* », *Séminaire Cesames, le mental, le vivant, le social*, 20 janvier 2005, accessible sur :

http://cesames.org/seminaires.htm

54 La notion d'*autoscopie* de P. Bouvier va sans doute plus loin sur la question du rapport, individuel, personnel, du chercheur à son objet et la nécessité d'en faire l'analyse, et de la rendre disputable, cf. P. Bouvier, *La socio-anthropologie*, Paris, Armand Colin, 2000.

55 C'est-à-dire, ici, des cinq sens, cf. J.-P. Thibaud G Chelkoff, « L'espace public, modes … » *op. cit.*

56 « La vue joue un rôle particulièrement important. En effet, ce qui est entendu, senti ou ressenti attire l'œil. C'est en voyant la source de nos stimuli que nous pouvons rapidement identifier et définir — cadrer — la scène en question. » E. Goffman 1991, *op. cit.*

57 R. Pudal « La sociologie française est-elle pragmatist compatible ? » *Tracés, Pragmatismes*, n°15, décembre 2008.

paradigme en émergence. La parution de nombreux ouvrages[58], traductions et articles pragmatistes ou consacrés au pragmatisme en France depuis vingt ans dans de nombreux champs disciplinaires des sciences humaines, portés en particulier par la collection *Raisons Pratiques* d'un côté, par le laboratoire de sociologie des sciences de B. Latour, de l'autre, pose la question de l'émergence possible d'une sorte de nouveau paradigme. Et de se demander avec R. Pudal[59] :

> « Le recours au pragmatisme constitue-t-il le symptôme d'une crise paradigmatique globale ? Est-ce un simple phénomène de mode ? Peut-on dès à présent parler d'un nouveau « paradigme pragmatique » dans les sciences sociales et quels en seraient les éléments définitionnels ? ».

Le courant pragmatiste, pluridisciplinaire – mais pas nécessairement transdisciplinaire – porte en effet, selon la formule de C. Lavergne et T. Mondémé « un héritage fait de médiations »[60], où par exemple, la pragmatique linguistique côtoie le pragmatisme de L. Boltanski et L. Thévenot sans s'être jamais vraiment fréquentés[61]. Il est indubitable qu'au-delà d'une méthode ou d'une théorie constituées, les « médiations » du pragmatisme, du pragmaticisme peircien[62], de la sociologie formelle simmelienne et de l'interactionnisme d'un côté, de la phénoménologie et de l'ethnométhodologie de l'autre forment aujourd'hui un socle paradigmatique de plus en plus consistant.

---

58 Citons parmi de nombreuses références importantes, D. Cefai et I. Joseph, *L'héritage du pragmatisme*, Paris, Aube, 2002.

59 R. Pudal « La sociologie française … » *Op. cit.*

60 C. Lavergne et T. Mondémé, « Editorial », *Tracés, Pragmatismes*, n°15, 2008, p. 8.

61 C. Lavergne et T. Mondémé « Pragmatismes : vers une politique de l'action située », *Tracés, Pragmatismes, op. cit.*

62 C. S. Peirce ayant trouvé ce barbarisme pour différencier son système de celui des autres pragmatistes.

3.3. Interaction

> « Pour Burke toute étude des relations entre hommes en termes d'action (qu'il s'agisse de transaction, d'échange, de coopération ou de compétition) peut être dite dramatique dès lors qu'elle a pour fonction de répondre aux questions classiques depuis la scholastique : qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Par quels moyens ? Pourquoi ? De quelle manière ? Ces questions entendent établir un rapport entre un acte et son agent, la scène sur laquelle il se déploie, les moyens qu'il utilise ou les buts qu'il se donne […] Le drame, dit Burke, est la forme qui permet de comprendre la réalité de l'action et le fait que le langage ne soit qu'une espèce de l'action. Dramatiser une situation, c'est la transformer en histoire racontable et en la rejouant selon la grammaire et le vocabulaire des motifs, en donner une représentation [63]».

Cette citation peut paraître *décalée* dans la mesure où, pour l'interaction et sa dramaturgie[64], c'est E. Goffman qui, en général, s'impose. C'est en outre à E. Goffman, et non à K. Burke, que nous nous référerons souvent au cours de la recherche, pour approcher et comprendre les interactions en jeu. C'est enfin à lui que nous empruntons les notions essentielles (cadre, situation, rôle, pour indiquer les trois principales) qui nous ont aidées à construire une grille d'analyse de nos observations de terrain. Dans cette citation de Burke, c'est pourtant tout le projet d'une microsociologie de l'action qui nous semble trouver déjà l'une de ses formulations précoces les plus claires[65]. Si c'est bien E. Goffman qui l'a le plus précisée et, surtout, mise en œuvre, la constellation de pensée et la généalogie qui entoure son travail a profondément influencé nos manières d'envisager l'observation et l'analyse des interactions et des activités.

On ne peut d'ailleurs parler s'agissant de l'œuvre de Goffman d'une théorie constituée, ce que l'auteur lui-même reconnaissait, et ne considérait pas comme un défaut… E. Freidson disait d'ailleurs d'E. Goffman :

---

[63] I. Joseph, *Erving Goffman et la micosociologie.* Paris, PUF, 1998, p. 30.

[64] Cf. E. Goffman, Mise en scène de la vie quotidienne, op. cit.

[65] I. Joseph présente lui-même K. Burke comme « un philosophe et critique méconnu en France et dont l'influence a été décisive dans la formation d'Erving Goffman, mais aussi de la phénoménologie sociale de Harold Garfinkel ou de l'ethnographie de communication de Dell Hymes ». *Ibid,* p. 29.

> « Son travail ne présente aucun lien systématique avec une théorie abstraite académique et n'invite jamais à esquisser une telle théorie »[66].

E. Goffman eut cependant à se défendre notamment contre deux critiques, l'une sur l'absence d'une formulation théorique générale de son travail et l'autre sur les possibilités de circulation entre les niveaux micro et macrosociologiques. Il choisit dans les deux cas de réagir d'une manière qui put être comprise comme équivoque et toute en second degré. Il revendique ainsi l'étude d'un genre mineur :

> « Je donne personnellement une priorité à la société et considère les engagements d'un individu comme secondaires ; ce travail ne traite donc que de ce qui est secondaire»[67]

Quant à la portée de son travail, il ne s'agirait pas pour Goffman d'étudier « comment réveiller les gens » – il y aurait « fort à faire car le sommeil est profond » – mais seulement « d'entrer sur la pointe des pieds et d'observer comment ils ronflent[68] ». Comment l'interpréter ? I. Joseph, introducteur[69] en France de la pensée et des ouvrages d'E. Goffman, guère convaincu par cette défense, y voit plus une ironie qu'un aveu :

> « Rien ne nous oblige pourtant à nous laisser convaincre immédiatement par la déclaration d'incompétence d'un auteur (…) dont les concepts ont renouvelé, au-delà de

66 E. Freidson, "Celebrating Erving Goffman", *Contemporary Sociology*, vol. 12, n°4, 1983, cité en français in J. Peneff, *L'hôpital en urgences*, Paris, Métailié, 1992.

67 E. Goffman, *Les Cadres de l'expérience, op. cit.* Notre propre intérêt pour les « personnages secondaires » du secours d'urgence que seraient les tiers n'est pas sans rapport avec ce positionnement ou plutôt à un sens du décalage et de l'incongruité qui puise ses racine chez E. Goffman et I. Joseph.

68 *Ibid*.

69 Parmi d'autres, citons notamment P. Bourdieu, qui lui a ouvert la collection « le sens commun » des éditions de Minuit, J. M. Chapoulie pour E. Goffman, *La Mise en scène de la vie quotidienne. Tome l : La Présentation de soi*. Y. Winkin pour Les moments et leurs hommes, Paris, Minuit 1988 ou encore très récemment D. Céfai pour la traduction originale, l'introduction et l'édition de l'ouvrage d'E. Goffman, *Comment se conduire dans les lieux publics. Notes sur l'organisation sociale des rassemblements*, Paris, Économica, à paraître [*Behavior in Public Places : Notes on the Social Organization of Gatherings*, New York, Free Press of Glencoe, 1963].

leur domaine d'origine, la recherche contemporaine en anthropologie sociale et en anthropologie urbaine, en sociologie du travail et des institutions… »[70].

Lorsque E. Goffman écrit encore « Je ne m'occupe pas de la structure de la vie sociale mais de la structure de l'expérience individuelle de la vie sociale[71] », il exprime clairement un positionnement analytique cherchant à accéder à l'expérience individuelle de la chose et non à la chose elle-même. L'expérience est d'ailleurs au moins autant que l'interaction au cœur de certains de ses travaux[72]. L'expérience en tant que manière dont chacun perçoit, comprend et surtout, réagit à une situation nous offre une grille de lecture particulièrement structurante. Ce point de vue « expérientiel » nous permet pour nos propres questionnements de fixer notre attention non sur les propriétés du secours, ni d'ailleurs sur ses motivations, mais sur la manière d'y prendre pied, manière observable puisqu'elle nait de l'observabilité mutuelle des acteurs, principe de base de l'interaction.

Pour I. Joseph l'apport intellectuel de l'interactionnisme se déploie, au-delà de l'expérience, dans un rapport quasi éthologique (cf. Bateson[73]) aux comportements des hommes :

« Le primat accordé à l'observation et à la description, la volonté de rendre compte de l'ordre social en le rapportant aux actions réciproques et aux relations ordinaires entre les gens plutôt que de les subsumer sous les rapports entre institutions, l'attention au savoir de sens commun et aux manières de procéder dans la vie courante quelle que soit leur validité. »

L'interactionnisme et son outil privilégié, la microanalyse, s'attachent ainsi avant tout à ce qui s'observe : des topographies et des modes de déplacement, des actes, des faits, des

70 I. Joseph, L. Quéré, « L'organisation sociale de l'expérience », *op. cit.*

71 E. Goffman, Les cadres de l'expérience, op. cit.

72 L'expérience est en particulier traitée dans ses ouvrages sur les cadres : *Les cadres de l'expérience op. cit.* mais aussi d'une certaine manière *Façons de parler*, Paris, Minuit, 1981.

73 G. Bateson, Vers une écologie de l'esprit, op. cit.

gestes, des paroles. La notion de « système d'activité située[74] » qu'il propose désigne ainsi l'activité non pas dans ses motifs et son élaboration subjective, mais dans le jeu d'interactions verbales et non verbales qui constituent ses ressources.

L'idée[75] est encore que tout ce qui s'observe lorsqu'il y a coprésence, non seulement les comportements et les attributs individuels mais le site, les objets, la disposition des lieux et des personnes, leurs manières de se déplacer, tout cela est langage, émission et réception de sens réciproquement déchiffrés, interprétés et intégrés à l'action.

Il y a aurait ainsi des situations, repérables par des indices, et leurs acteurs : *des moments et leurs hommes*[76].

Par-delà la diversité des terrains et des mondes sociaux, nous nous sommes centrée non sur une réalité objective, dictant éventuellement ses lois, mais sur la façon dont les êtres perçoivent et donnent sens à ce dont ils font l'expérience[77] à l'échelle la plus élémentaire, celle des relations interindividuelles à deux et, éventuellement, à trois.

D'autres auteurs ayant contribué à une pensée de l'expérience apte à dialoguer avec celle d'E. Goffman viennent encore compléter l'arrière-plan théorique de cette recherche pour son versant situé et matériel, parmi lesquels, l'écologie de la perception, en lien avec l'inter-observabilité. I. Joseph dira à ce sujet [78] que la vision est « enchâssée » dans l'action et que

---

74 E. Goffman, Asiles, Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus, Paris, Minuit, 1979.

75 Voir notamment E. Goffman, « L'ordre de l'interaction », *Les moments et leurs hommes*, *op. cit.*, et l'article d'A. Ogien, « Le remède de Goffman… » *op. cit.*

76 Il s'agit d'une formule d'E. Goffman reprise en titre de l'excellent ouvrage de recueil introduit par Y. Winkin : *Les moments et leurs hommes, op. cit.*

77 On pense à nouveau aux « quatre incapacités » structurantes de Peirce, *op. cit.*

78 Pour reprendre une définition existante, « L'écologie de la perception est une théorie psychologique de la perception qui s'intéresse à la relation qu'entretient l'individu avec le milieu dans lequel il évolue. Elle

nos sens ne sont pas des « canaux », mais des détecteurs d'*affordance* (où l'on rejoint temporairement le champ voisin de l'ethnométhodologie[79]) :

> « On comprend donc que l'écologie de la perception est tout à la fois réaliste et pragmatiste (…) Le concept d' « *affordance* » est donc le concept central d'une théorie unifiée qui aurait pour objet le comportement finalisé d'une créature vivant dans un environnement significatif. L'apprentissage est alors le processus par lequel on distingue peu à peu les traits d'un donné déjà riche et non la manière dont on enrichit les données nues et dépourvues de signification»[80].

Cette notion d'affordance, ou de ressource dans l'environnement, s'entend à la fois comme attribut présent dans l'environnement, et capacité de l'acteur à le repérer et à s'en saisir – à le détourner, éventuellement – pour ses propres fins. C'est là une idée qui nous sera utile au moment d'analyser le rapport de mobilisation, de coopération ou de co-activité qui a cours lors d'une situation de secours : autrui comme prise pour l'action, ressource pour le secours, *affordance*.

3.4. L'ordinaire

L'héritage pragmatiste de l'interactionnisme, et son lien avec la phénoménologie, la praxéologie et l'ethnométhodologie, vont bien au-delà de ceux indiqués s'agissant de nos propres influences, et de notre travail. Il ne s'agit pas ici d'aller plus loin dans l'élucidation de la prégnance de la nébuleuse pragmatique, mais seulement d'en souligner la cohérence et de signaler les voisinages d'une démarche centrée sur les rapports interpersonnels, l'espace sensible[81] comme espace de signification commun, et dans une certaine mesure, l'ordinaire[82].

---

repose sur l'idée selon laquelle l'environnement délivre des informations au sujet percevant et fonctionne par là même comme un ensemble de ressources à l'action ». J.-P. Thibaud, *Regards en action,* Paris, A la croisée, 1992.

79 J. Coulter et W. Sharrock, « ce que nous voyons », *Op. Cit.*

80 I. Joseph, *Météor*, Paris, Economica, 2004.

81 Cf. G Chelkoff, J.-P. Thibaud, « L'espace public, modes sensibles... » *op. cit.*

Ces jalons théoriques correspondent bien, s'agissant notamment des enquêtes interactionnistes, à l'étude de fonctionnements, d'activités et de rencontres ordinaires, anodines, peu problématiques. Elles sont, comme on le verra, toujours vulnérables, au sens où l'engagement dans une situation soumet toujours celui qui s'expose au risque de perdre la face, d'offenser, de rater le cadrage, ou pire, sa performance et par là, son objectif, sa mission ou l'activité dans laquelle il est engagé[83]. Le parti-pris consistant à prendre au sérieux les situations ordinaires – et leur ordinaire vulnérabilité – coïncide chez E. Goffman avec le projet d'étudier l'ordre de l'interaction[84] tel qu'il s'exprime en face-à-face, dans les moindres occasions de la vie quotidienne, où il est particulièrement aisé de l'observer. Il le poursuit tout au long de sa vie de chercheur, de sa thèse en 1953, où l'expression « interactionnal order » apparaît, à son dernier texte en 1982 où il en fait le titre de son intervention[85].

> « Ma préoccupation pendant des années a été de promouvoir l'acceptation de ce domaine du face-à-face comme un domaine analytiquement viable – un domaine qui pourrait être dénommé, à défaut d'un nom plus heureux, l'ordre de l'interaction – un domaine dont la méthode d'analyse préférée est la micro-analyse»[86], écrit-il alors.

L'étude de la vie quotidienne précède et déborde bien sûr E. Goffman[87] (W. F. Whyte dès 1943[88], H. S. Becker[89], E. C. Hughes[90], C. Lipsky[91]…). Elle se développe au tournant

---

82 Parmi les auteurs qui ont pris au sérieux l'approche par l'ordinaire, en dehors de ceux déjà indiqués, citons « l'anthropologie du détail», d'A. Piette, *in Le mode mineur de la réalité. Paradoxes et photographies en anthropologie,* Louvain, Peeters, 1992.

83 Voir E. Goffman*, La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Minuit, 1989.

84 E. Goffman, "L'Ordre de l'interaction" *op. cit.* voir à ce sujet A. Rawls, « The interaction order sui generis : Goffman's contribution to social theory », Sociological Theory, 1987, n°5.

85 Comme le remarque C. Bonicco *in* « Goffman et l'ordre de l'interaction » *Philonsorbonne* n° 1, 2006.

86 E. Goffman, « L'ordre de l'interaction », *Les moments et leurs hommes, op. cit.*

87 On se reportera avec intérêt au recueil d'Y. Grafmeyer et I. Joseph, *L'École de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine,* Paris, Aubier, 1990.

88 W. F. Whyte. *Street Corner Society, Chicago*, University of Chicago, 1943.

89 H. Becker, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985.

des années cinquante aux États-Unis sous l'influence croisée de la seconde École de Chicago, de la démocratisation des méthodes ethnographiques, de l'essor d'une *anthropologie du proche*[92], et de l'ethnométhodologie (littéralement, l'étude des techniques *ordinaires* des groupes, c'est-à-dire des membres de ces groupes). E. Goffman ou E. C. Hughes en font un champ d'étude propre. Ce faisant, ils nous engagent à porter attention aux situations d'échange anodines, et à l'activité normale d'un service ou d'une situation sociale, où l'on croirait presque qu'il ne s'y passe rien, du moins pour l'analyse des interactions et des activités. Elle n'est d'ailleurs pas rare en France, où de plus en plus de chercheurs s'attachent à saisir l'activité « normale », ordinaire, de différents services, d'équipes ou de groupes.

Au-delà des approches par les interactions, un ensemble de travaux dans différentes disciplines se retrouvent donc autour d'une manière d'aborder le monde social à travers ce qui s'y fait, les relations interindividuelles, l'ordinaire, même si l'on doit prendre en compte les « déplacements de sens opérés d'une discipline à l'autre »[93].

Pour ce qui nous intéresse dans notre recherche, nous avons donc pu mobiliser des travaux d'influence interactionniste (E. Goffman, H. S. Becker, A. Strauss), ethnométhodologique (A. Cicourel, C. Heath), pragmatiste (W. James, C. S. Peirce, J. Dewey), sociolinguistique (W. Labov, H. Gumperz), philosophique (de J. L. Austin à M. Merleau-Ponty), ou psychologique (G. Simmel, G. Bateson) qu'on pourrait en effet saisir comme autant de manières d'être en lien avec ce possible renouveau pragmatiste en sciences

90 E. C. Hughes *Le regard sociologique, essais choisis,* Paris, EHESS, 1997.

91 M. Lipsky, *Street level bureaucracy, Dilemmas of the Individual in Public*, Sage, 1980.

92 Voir *L'homme, Anthropologie du proche* Vol. 32 N° 121. Janvier-Mars 1992.

93 Appel à contribution pour la revue *Tracé Pragmatismes*, n° 15, 2008.

humaines déjà évoqué : des orientations de recherche « pragmatist compatibles », par delà leur diversité, selon l'expression de R. Pudal[94].

Nous avons voulu indiquer, au moyen d'un cheminement entre traditions, auteurs et œuvres, quelles ont été les influences majeures qui ont marqué notre parcours. L'arrière-plan théorique ainsi posé, il nous faut à présent situer les grands axes de ce travail. Si, comme nous le verrons, situation de secours et d'urgence font l'objet de peu de travaux, ils bénéficient d'une riche tradition ethnographique du monde médical et hospitalier aux États-Unis et désormais, en France. En revanche, le tiers et la tiercéité ont fait l'objet d'un traitement très inégal.

4. VERS UNE « INTERACTION DE SECOURS » ?

Notre approche des interactions explore les relations interindividuelles entre institutions et individus (usagers, citoyens, requérants[95]) à partir de méthodes et d'un arrière-plan théorique pragmatistes profondément ancrés dans l'empirisme d'une appréhension du social à travers ce que les gens donnent à voir, leurs pratiques et leur expérience. Nous inscrivons par ailleurs cette recherche dans le cadre plus général d'une « morphologie des interactions », en particulier celles entre individus et professionnels institutionnels.

4.1 Une relation de secours d'urgence ?

Pour G. Simmel, le propre d'un « domaine interactionnel » est que l'on en retrouve les caractéristiques interactionnelles quel que soit le contexte : on peut reconnaître une

---

94 Tracés n°15, *op. cit.*

95 On aura l'occasion de questionner ces catégories.

transaction comme transaction, qu'elle se déroule dans un magasin, lors d'un dîner entre inconnus ou entre amis, etc. On peut se demander si la « situation de secours » est, par delà la diversité des types de secours et d'urgence, une de ces formes typifiées, avec ses codes, son script, ses personnages et ses devoirs. Y a-t-il un « domaine interactionnel » du secours d'urgence, avec des propriétés formelles indépendamment de tout contexte ? Les formes de la relation médicale, qui représente un vaste champ de travaux existants, mais aussi du *care*, qui se développent ces dernières années[96], peuvent-elles nous aider à penser une *relation du secours d'urgence* ?

Nous ne méconnaissons pas l'enjeu de la relation médicale en termes d'asymétrie (T. Parsons, E. Freidson) de pouvoir et de coopération (A. Strauss, E. C. Hughes). Cependant, le contexte très particulier (court et non réitéré) de la relation de secours d'urgence et son évolution, volontiers lue comme la montée d'un consumérisme médical[97], nous encouragent à une observation fine des interactions pour renouveler le regard qu'on peut porter sur cette relation en lui restituant sa spécificité par rapport à celles qui s'instaurent dans d'autres contextes (le cabinet en particulier). Car aux urgences, est-ce bien d'une *relation* médicale qu'il s'agit ?

4.2 Brève rencontre et tiercéité du professionnel du secours

Cette question nous conduit à regarder les *interactions* entre professionnels et public pour tenter d'y cerner la nature d'une éventuelle « relation ». Or cette interaction,

[96] C'est-à-dire qu'elles se développent en France comme nous le verrons mais marquent à la fois les *social work studies* et les *gender studies* américaines depuis plus de trente ans et en particulier depuis la parution de C. Gilligan, *In a different voice,* Harvard University Press, 1982.

[97] J. Peneff, *Les malades des urgences, une forme de consommation médicale,* Paris, Métailié, 2000.

extrêmement brève, joue de proximités et de distances pour délivrer une intervention efficace, quoique sans passé ni suite du point de vue du professionnel. Et si la relation de secours et d'urgence était avant tout une *brève rencontre* entre un tiers et un professionnel au sujet d'un troisième, le patient ? Et si cette brièveté de la rencontre faisait aussi du professionnel un tiers pour le requérant ? La nature de la relation de secours et d'urgence n'est-elle pas « tierce », non au sens d'un trio mais d'une intervention extérieure? Comment, au cours de l'interaction, le professionnel situe-t-il son intervention dans la situation, parfois privée, intime, vécue par le requérant ? Comment l'un et l'autre organisent-ils la tonalité d'un échange aussi rapide et néanmoins aussi chargé d'enjeu ?

4.3. Une interaction tierce et… triadique

En observant le secours tel qu'il se passe, nous trouvons surtout des interactions, fugaces, et des tiers, passant, collègue, parent… Quelle est donc la place de ce tiers omniprésent dans la relation, si c'en est une, qui se noue entre professionnels et usagers ?

Notre manière de répondre a consisté à observer les interactions pour voir comment, *in the making*[98], s'élabore *quelque chose* entre le professionnel, le tiers et le patient, à travers l'observation d'une multitude d'entretiens de premier contact réalisés face-à-face dans les services d'urgence ou par téléphone pour les appels aux sapeurs pompiers.

---

98 Selon l'expression pragmatiste bien connue, reprise notamment par L. Quéré et B. Karsenti dans *Raisons Pratiques, La croyance et l'enquête,* Paris, EHESS n°15, 2005, page 28 : «Au terme d'un parcours qui commence avec le "pouvoir transformationnel du jeu", l'imposture creuse le même sillon que voulait explorer Peirce en réunissant les trois questions kantiennes de la connaissance, de l'action et de la foi. Plus que la simple supercherie, elle dit que l'expérience n'est le socle du sens qu'à condition d'être pensé comme structurellement vulnérable, que nous vivons dans un monde "*still in the making*", de ce point de vue aussi, contraints de reconstruire la confiance en ce monde en sachant que l'escroc entend lui aussi y prendre place ».

Cela nous pose la question du secours proprement dit : qu'est-ce que le secours, porter secours, appeler au secours, secourir ? Cela commence quand, et avec qui ? A partir de quand considère-t-on qu'il y a secours ? Comment, du professionnel à l'accompagnant en passant par le donneur d'alerte, chacun l'endosse-t-il? Quels sont, enfin, les schémas participatifs ? Si les travaux sur la relation médicale, hospitalière ou de ville, mais aussi la médecine, les professions médicales la santé, sont nombreux[99], le cas particulier des services d'urgence, et du secours quand il se rapporte à ce cadre, est peu abordé en propre[100]. Citons rapidement les auteurs que nous mobiliserons, et dont nous préciserons les points d'appui pour notre recherche au cas par cas dans le fil du texte. En France, J. Peneff, notamment, a marqué la littérature d'enquête interactionniste avec son double ouvrage sur les urgences[101], où il a enquêté en tant que brancardier pendant de nombreux mois pour livrer de très riches descriptions « de l'intérieur » du fonctionnement et des interactions entre public et professionnels. N. Dodier et A. Camus[102] ont quant à eux réalisé une enquête très éclairante sur l'accueil aux urgences et les usagers des services d'urgences, à partir de données statistiques et d'une enquête sur le terrain. M. Lacoste[103], M. Grosjean et J. Cosnier ont travaillé sur la relation de soin à l'hôpital et en particulier le rôle structurant qu'y joue le

---

99 Au-delà de ceux déjà cités, mentionnant encore, de H. Becker, *Boys in white*, Transaction Publisher, 1976, étude désormais classique sur les étudiants en médecine ; D. Fassin, D. Memmi, *Le gouvernement des corps*, Éditions de l'EHESS, Paris, 2004 ; C. Herzlich, P. Adam *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 1994.

100 J. Peneff, *L'hôpital en urgences*, Paris, Métailié, 1992 et *Les Malades des urgences… op. cit.*

101 *Ibid.*

102 N. Dodier, A. Camus. « L'hospitalité de l'hôpital, l'accueil et le tri des patients aux urgences médicales », *Communications*, n°65, 1997 et et A. Camus, N. Dodier, *L'intérêt pour les patients à l'entrée de l'Hôpital. Enquête sociologique dans un service d'urgences médicales*, Rapport pour le Plan Urbain et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Paris, CERMES, GSPM, 1994.

103 M. Grosjean, J. Cosnier, M. Lacoste, *Soins et communication, approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, PUL, 1993 ; M. Grosjean, M. Lacoste, *Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital*, Paris, PUF, 1999.

langage. Le recueil des actes du colloque « accessibilité et situations d'urgence »[104] réunit d'intéressantes contributions à la question de l'urgence en lien notamment avec les questions d'accessibilité pour l'usager et de compétences de l'agent. Citons également M. Dartevelle[105] sur les appels au 17 (police-secours) et Bange et de Gaulmyn[106] sur les appels à SOS enfance. L'hôpital a fourni, aux Etats-Unis, un terrain de recherches en sociologie, anthropologie et ethnologie particulièrement exploré, lié d'ailleurs autant à des recherches académiques qu'à des commandes institutionnelles portant sur de nombreux aspects de l'activité hospitalière. Ainsi E. Hughes[107], bien sûr, et A. Strauss[108] mais aussi H. Becker[109], A. Garfinkel[110], D. Sudnow[111] ont contribué notablement à l'analyse de l'activité hospitalière. Plus récemment, A. Cicourel[112] et C. Heath[113] l'ont étudié dans le détail de ce qu'y font ses acteurs, en utilisant notamment la vidéo.

par ailleurs, les travaux de C. Heath sur les interactions au sein d'une salle de commande nous enjoignent à repérer les micro-coordinations qui font intervenir des interactions et signaux corporels minimes entre les équipiers. Il y montre la mise en place

[104] Séminaire où l'on retrouve notamment A. Borzeix et I. Joseph, D. Boullier, M. Lacoste, P. Bange, J. Peneff, G. Jeannot, J. Proust ou C. Gilbert. *Accessibilité et situations d'urgence, actes du séminaire, 1992-1993*, Plan Urbain, DRAST, RATP, 1993.

[105] M. Dartevelle, *De l'appel au 17 a l'intervention d'un équipage : perspectives de recherche et études du travail en salle de trafic et de commandement à Lyon*, Lyon, Université de Lyon II et I.H.E.S.I. 1993.

[106] P. Bange, M. De Gaulmyn, *Etudes conversationnelles d'appels téléphoniques d'urgence*, Mission Interministérielle de Recherche et d'Expérimentation Ministère des Affaires Sociales 1990.

[107] E. C. Hughes *Le regard sociologique, essais choisis,* Paris, EHESS, 1997.

[108] A. Strauss, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992.

[109] H. Becker, *Boys in white*, Transaction Publisher, 1976.

[110] H. Garfinkel, *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, PUF, 2007.

[111] D. Sudnow, *Passing on : the Social Organisation of Dying*, Prentice Hall, June 1967.

[112] A. Cicourel, *Le raisonnement médical*, Paris, Seuil, 2002.

[113] Notamment Heath C., *Body movement and speech in medical interaction*, Cambridge University Press, 1986.

d'une structure de mobilisation de l'attention et de commandement par les orientations corporelles. Ce travail nous a aidé à repérer au-delà des échanges verbaux toue une dimension non verbale[114] de l'organisation de l'échange, notamment au sein des services d'urgences pédiatriques (les interactions téléphoniques ignorent largement les mouvements corporels mais mobilisent en revanche des ressources vocales, prosodiques etc.)

4.4. Vers la place du tiers dans l'interaction de secours

Si une partie de notre interrogation porte sur le rapport du professionnel au patient, une autre partie, distincte, concerne quant à elle la part prise par des non-professionnels dans le processus de secours et de prise en charge en urgence. Cette part, peu étudiée, met en évidence plus largement la faible prise en compte des tiers, satellites et auxiliaires de toutes sortes d'activités. L'enjeu de leur existence dépasse le seul cas particulier des services de secours et interpelle plus largement l'indifférence, notamment sociologique, à l'égard des *seconds rôles* de la scène sociale.

Nous souhaitons contribuer à faire porter l'éclairage de la sociologie, et tout particulièrement de la microanalyse, sur la tiercéité et la configuration interactionnelle ternaire d'un certain nombre de situations assimilées à des duos, telles la relation entre professionnel des secours et patient, et dont la structure ternaire et ses conséquences n'ont pas été spécifiquement relevées.

S'agissant de la relation médicale, les sciences sociales traitent en effet encore essentiellement la relation médecin-patient, d'un côté, les associations de familles de malades

[114] M. Grosjean, J. Cosnier, M. Lacoste, *Soins et communication… op. cit.*

et le travail domestique de prise en charge, de l'autre. Quoique ces duos méritent à l'évidence intérêt, le cadre d'analyse reste dual, ce qui tend à exclure la *potentialité* d'un tiers influençant ou devant, lui-aussi, être pris en compte dans la relation, la prise en charge, le soin.

Un domaine de la sociologie médicale fait notablement exception. On trouve en effet des réflexions et des analyses d'un grand intérêt pratique et théorique dans la littérature consacrée aux soins aux personnes dépendantes, et aux soins palliatifs, qui traite à plein les relations entre malade, entourage et soignants[115]. Elles sont cependant difficilement mobilisables dans le cadre de cette recherche, car essentiellement centrées sur une contribution quotidienne, matérielle, relationnelle et technique, ou sur les limites, les marges et les aménagements de ce type d'accompagnement. Le contexte est durable, chronique, équipé, au contraire de contacts dont on a déjà dit combien ils sont éphémères et non suivis.

Sans entrer dans la terminologie de la tiercéité, la sociologie s'est tout de même penchée parfois sur des interactions médicales impliquant trois catégories d'acteurs. Citons à nouveau C. Heath[116], A. Cicourel[117], J. Peneff[118] et surtout N. Dodier. Ce dernier a par deux fois

---

115 Voir, parmi beaucoup d'autres, B. G. Glaser & A. Strauss *Awareness of Dying*, Chicago Aldine, 1965. D. Sudnow, *Passing on : the Social Organisation of Dying*, E. Bogalska-Martin « La souffrance comme expérience partagée, L'accompagnement de patients en soins palliatifs » *Socio-Anthropologie*, *Santé et sociétés* n°21, 2007. Et en littérature grise : M.-S. Richard, *Soigner la relation. Malade-famille-soignants*, Villejuif, CREFAV, 2002. G. Laval, « Unité Mobile de Soins Palliatifs en Hématologie et Oncologie : quelle place auprès des malades, des familles et des soignants ? » Actes du 1er *Congrès de Soins Palliatifs en Hématologie et Oncologie*, Tours, mars 2002.

On aimerait mentionner en outre l'article très interpellant de P. Molinier « Quel est le bon témoin du *care* ? » in P. Molinier, S. Laugier, P. Paperman, *Qu'est-ce que le Care ?*, Paris, Payot, 2009, sur différents niveaux de tiercéité entremêlés lors d'une enquête en service de gériatrie – la sociologue, les aides-soignantes, leur hiérarchie, le patient, la famille.

116 C. Heath, *Body movement and speech in medical interaction*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986.

117 A. Cicourel, *Le raisonnement médical*, Paris, Seuil, 2002.

118 Dont *L'hôpital en urgence op. cit.* et *Les malades des urgences*, *op. cit.* avaient marqué à l'époque la littérature française en tant qu'étude par observation participante du milieu des urgences d'inspiration interactionniste.

traité directement de situations spécifiquement triadiques en santé. Ces études aident à saisir certaines dimensions de deux des positions de tiers dans la relation médicale : celle du médecin lui-même vis-à-vis de son patient et celle du « groupe du patient »[119] vis-à-vis et du patient et de l'institution médicale.

Dans son enquête sur les collectifs et leur incidence dans la relation médecin-patient[120], il travaille spécifiquement le rôle et le poids de collectifs et de familles organisés en association – et en voie d'institutionnalisation- sur la prise en charge du sida tant en santé publique qu'au niveau des conditions d'accueil et de soin des patients. Il en montre deux facettes, l'une lobbyiste, visant la défense des patients et assumant des rapports de force institutionnels, l'autre tournée vers le soutien de patients à la fois destinataires et acteurs de l'action de ces collectifs. Ces collectifs endossent à la fois le rôle de défenseur, porte-parole, représentant et comité de soutien.

Dans un autre ouvrage, sur *L'Expertise médicale*[121], il s'attache au trio invisible employeur-patient-médecin du travail qui se révèle – s'actualise – lors des visites de médecine du travail. La particularité, et toute la difficulté de la place de tiers occupée par le médecin du travail y est décrite à travers plusieurs situations où ses relations à la fois au patient et à l'employeur mettent à l'épreuve sa crédibilité, sa capacité d'action, et son interaction concrète avec le patient.

La prise au sérieux de l'impact de tiers dans les relations de service conduit à renouveler

---

119 Selon notre expression, plus juste que « la famille » ou « l'entourage », que par facilité nous utilisons cependant le plus souvent.

120 J. Barbot et N. Dodier, « L'émergence d'un tiers public dans le rapport malade-médecin : l'exemple de l'épidémie à VIH » *Sciences Sociales et Santé*, 18-1, 2000.

121 N. Dodier, L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement. Paris, Métailié, 1993.

les modèles fortement « dyadiques » d'analyse des interactions avec les services publics[122]. Malgré l'existence de quelques pistes de recherche sur la tiercéité des rapports sociaux, la littérature reste éparse sur ce sujet. Parmi les questions qui touchent à la tiercéité, celle de triades coprésentes et des conséquences interactionnelles de cette configuration est rarement approfondie. Comme l'écrit le sociologue québécois L. Racine[123]:

> « On se limite en effet le plus souvent à l'étude des relations et des interactions à deux, des rapports dyadiques, et on s'emploie à montrer comment et dans quelle mesure la conduite de A face à B détermine la conduite de B face à A, et réciproquement. La personne ou le sujet individuel est pris comme centre d'un réseau de relations dyadiques avec les membres de sa famille, ses voisins, ses amis, ses compagnons de travail et des représentants de diverses institutions comme l'école, l'administration, l'Église (Elias, 1991, p. 8-9). L'individu est le point de convergence de multiples relations égocentrées, que l'on étudie chacune pour elle-même, sans se préoccuper des influences que ces relations exercent les unes sur les autres. »

La triade pratique et concrète de trois personnes en présence immédiate les unes des autres, et ses variantes téléphoniques et désormais numériques, ne sont que peu abordées en propre par la sociologie depuis E. Goffman[124], à l'exception toutefois de certaines recherches sur le langage et la communication, qui abordent clairement les formes du dialogue et les situations de polylogue[125].

---

122 Le constat d'une carence globale dans l'analyse sociologique est notamment posé par Charaudeau et Plantin et Orecchioni, cf. P. Charaudeau et R. Montes (dir.), *La voix cachée du Tiers. Des non-dits du discours*, Paris, L'Harmattan, 2004 et C. Orecchioni & C. Plantin (éds), *Le Trilogue*, Lyon, PUL. 1995

123 L. Racine, «Les formes élémentaires de la réciprocité», *Sociologie et sociétés*, vol. 31, n° 1, 1999, p. 77-92. Luc Racine a notamment beaucoup travaillé sur le don. L'article cité porte plus spécifiquement sur le tiers chez Simmel.

124 Il faut néanmoins citer au moins M. Lacoste, « parole plurielle et prise de décision », *in Le parler frais d'Erving Goffman*, Paris, Minuit, 1989.

125 Plantin et Orecchioni, *op. cit.* B. Conein, M. De Fornel L. Quéré (dir.), 1987. *Les formes de la conversation. Analyse de la conversation et analyse de l'action*, Actes du colloque. Issy-les-Moulineaux, CNET.

5. LES FORMES DE LA RELATION

Le tiers et la tiercéité sont cependant présents dès l'origine de la discipline sociologique. En sociologie, depuis M. Weber, en anthropologie depuis M. Mauss, en psychologie sociale depuis G. Simmel et en sociolinguistique depuis W. Labov, on considère en effet généralement qu'un et un font trois.

La formule, commodément réductrice, indique bien que le fait de voir de la société derrière n'importe quelle relation interindividuelle est un penchant naturel des sciences humaines et du sociologue, et cet « allant de soi » sociologique sensibilise dès l'origine de la discipline le chercheur à la tiercéité du monde social.

Au delà de l'instance-tierce « société », à l'arrière-plan des interactions, la question de la taille, de la forme et des propriétés des groupes humains traverse les sciences humaines, en particulier la sociologie. Si le sociologue s'intéresse aux rapports entre le groupe et « la société », il s'attache également à l' « en-groupe »[126], aux formes du « multiple » et à ce qui s'y passe, qu'il s'agisse de collectifs et d'équipes, de bandes et de classes ou de foules et de masses.

Au cœur du projet interactionniste, enfin, l'omniprésence d'un « autrui généralisé », depuis G. H. Mead jusqu'à E. Goffman, et le modèle d'une triade basique « soi-autrui-le groupe » structurant le *self* et la manière de se comporter dans l'interaction, introduisent finalement l'idée d'une tiercéité au fondement de l'expérience sociale, mais, en quelque sorte, en tant qu'organisation mentale.

126 Cf. Merton, par exemple : « l'en-groupe est un type particulier de groupe d'appartenance caractérisé par une cohésion interne et une hostilité externe relativement forte » 1953, *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris Armand Colin 1997.

5.1. Médiation

Concernant les grandes références au tiers, à la triade et plus généralement à un *comptage* des acteurs de l'interaction, il faut citer en premier lieu G. Simmel, notamment dans *Sociologie et épistémologie*[127] et dans *Sociologie. Études sur les formes de la socialisation*[128] où il explique combien les formes de la vie sociale, y compris sur le plan quantitatif de la taille des groupes, ont des effets sur leurs possibilités d'associations et d'actions réciproques.

Pour G. Simmel :

> « Les causes particulières et les fins, sans lesquelles naturellement il n'y a pas d'association, sont comme le corps, la *matière* du processus social ; que le résultat de ces causes, que la recherche de ces fins entraîne nécessairement une action réciproque, une association entre les individus, voilà la *forme* que revêtent les contenus. Séparer cette forme de ces contenus, au moyen de l'abstraction scientifique, telle est l'opération sur laquelle repose toute l'existence d'une science spéciale de la société. Car il apparaît tout de suite que la même forme, la même espèce d'association peut s'adapter aux matières, aux fins les plus différentes. » (Simmel, 1981, p. 165.)

G. Simmel aborde ainsi dès 1902[129] trois figures du tiers extérieur à un duo fort préconstitué : le troisième larron, le médiateur et le despote (*tertius Gaudens*, juge impartial, *divide et impera)*. Il associe donc dans l'analyse au *juge impartial* les figures du médiateur et de l'arbitre, et distingue ce groupe de deux autres figures sociales tierces : le tyran (*divide et impera*) et le troisième larron (*tertius gaudens*).

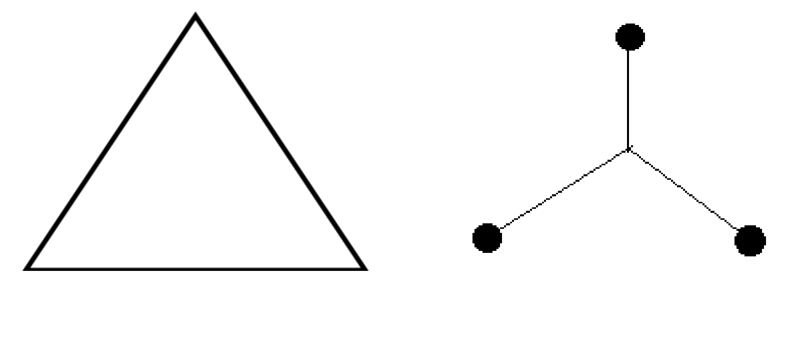
Le tiers simmelien se situe généralement entre ou au-dessus d'un duo qui forme un couple (éventuellement dialectique et en désaccord). Les relations restent donc deux à deux, comme les côtés d'un triangle. Or, comme le montre notamment C. S. Peirce, la véritable *triade* n'est pas triangulaire (série de duos de la « triade duale »), mais pyramidale (multiconnexions de chaque membre de la « triade peircienne »).

---

127 Simmel G. *Sociologie et épistémologie*. Paris, PUF, 1981.

128 Simmel G. Sociologie. Études sur les formes de la socialisation. Paris, PUF, 1999.

129 G. Simmel, "The Number of Members as Determining the Sociological Form of the Group." *American Journal of Sociology* 8, 1902.



Triade "duale" *Triade "Peircienne"*

En d'autre terme, le tiers de Simmel est généralement soit pris dans des interactions avec l'un et l'autre des membres du trio, soit posé en référence (le « tiers invisible » simmelien, précurseur de « l'autrui généralisé » ou plus simplement référent-société) transcendant le duo[130].La configuration réellement triadique, où l'on est lié simultanément avec les deux autres et où chacun influence tous et est influencé en retour, cette configuration là est plus rarement regardée[131].

É. Volckirck, qui a beaucoup travaillé sur les formes de la négociation, évoque, en lien avec le tiers invisible de Simmel, le tiers « généralisé », principe abstrait commun qui impose normes, règle, voire conduite aux acteurs.

Existent aussi dans le même ordre d'idée chez É. Volckirck des configurations où le troisième est incarné (tiers médiateur, comme on l'a vu). Elle parle alors de « tiers empirique » pour désigner les personnes portant physiquement, dans l'interaction, la négociation autour de normes admises pour l'occasion dans le cadre de ce qu'elle appelle des

130 Cf. G. Simmel et son tiers invisible, voir G. Lits, « Tiers et objectivité sociale chez Georg Simmel... » *op. cit.*

131 Elisabeth Volckirck - UCLouvain, Laboratoire LASCO. Voir récemment « Les usages du tiers dans la négociation », *Négociations*, n°12, 2009. Elle parle pour décrire ce type de formes de « tiers généralisé ».

« configurations ajustées ». Ce type de configurations n'est pas sans lien avec les notions d'entente ou d'arrangement local[132].

N. Elias[133] parle également de « configurations », mais dans une acception différente, désignant les cas où l'appartenance à un groupe ou à un ensemble plus vaste s'articule à l'étroitesse des interdépendances entre les individus.

> « Lorsqu'on étudie les hommes, on peut concentrer les feux des projecteurs tantôt sur les individus, tantôt sur les configurations que forment entre eux plusieurs hommes. Le terme de configuration sert à créer un outil conceptuel maniable à l'aide duquel on peut desserrer la contrainte sociale qui nous oblige à penser et à parler même si l'individu et la société étaient deux figures différentes et de surcroit antagonistes. […] Le concept de configuration attire notre attention sur les interdépendances humaines. Il s'agit de savoir quel facteur relie les hommes en configurations » (p. 155 et suivantes).

Il y met ainsi en évidence un type particulier de relations dialectiques associant singularité ou opposition, et appartenance, telle celle de l'enfant avec la famille, de l'homme avec la société, etc. La désignation de ce rapport parfois paradoxal, nous aidera notamment à mieux comprendre l'ambivalence des rapports entre les professionnels et leurs « publics », d'un côté, entre le patient et sa famille de l'autre.

5.2. Coalitions

Ce sont ensuite les recherches sur les réseaux sociaux qui font le plus directement référence à la tiercéité et au fonctionnement de triades interactionnelles. On peut citer plus particulièrement, à l'origine, les travaux du sociologue T. Caplow sur la triade comme

---

[132] Selon l'expression de F. Dubet, *Le déclin de l'institution. L'expérience du travail sur autrui*, Paris, Seuil, 2002. « Moins les institutions sont portées par des principes centraux homogènes, plus les acteurs sont mis en demeure de trancher entre des principes de justice inconciliables. […] Les équipes et professionnels sont tenus de réaliser des arrangements locaux entre des normes contradictoires ».

[133] N. Elias, *Qu'est-ce que la sociologie ?* Paris, Éditions de l'Aube, 1991.

« système social comprenant trois éléments, liés entre eux par une relation durable », travaux sur lesquels nous reviendrons[134].

Caplow, principal développeur d'une « géométrie sociale » formelle des groupes issue des travaux de G. Simmel, et G. Simmel lui-même, traitent ainsi des trios « égalitaires » où, *a priori*, chacun interagit avec les deux autres, et où l'on a *grosso modo* soit des coalitions (deux contre un[135]), soit des ententes permises par le tiers.

Ces schémas intègrent d'ailleurs les relations intrafamiliales : ainsi des coalitions père-enfant *versus* mère, mère-enfant *versus* père, père-mère *versus* enfant, père et mère plus proches grâce à l'arrivée de l'enfant, père et mère s'éloignant à cause de l'arrivée de l'enfant... ces dynamiques intrafamiliales décrites par Simmel avec un certain systématisme, ou symétrie, se retrouvent sur nos terrains, et dans le cadre du court « moment » du secours, se compliquent de l'introduction d'un nouveau « tiers » très agissant, le professionnel.

5.3. Interactions triadiques

E. Goffman aborde les triades au moins de trois façons.

Dans *Calmer le jobard*[136], il étudie différents trios structuraux des situations d'adaptation à l'échec (le pigeon, le larron et le compère dans l'arnaque au poker ; le patron, l'employé, le collègue dans le cas d'un licenciement…). Le tiers y est celui qui aidera la victime à prendre l'offense qui lui est faite – son échec – le mieux possible. Idéalement, il ne doit pas être lui-même partie prenante à l'échec (ce ne peut être ni celui qui « plume » le

---

134 T. Caplow, Deux contre un, op. cit.

135 *Ibid*.

136 E. Goffman, *Le parler frais d'Erving Goffman*, Paris, Minuit, 1969.

pigeon, ni celui qui renvoie l'employé, mais précisément un « tiers » auprès de qui l'offensé pourra restaurer son image, réécrire l'histoire de sa mésaventure ou s'en prendre à l'offenseur, dans un cadre contenu, et sans répercussion grave...). Les cas présentés par Goffman compliquent les modèles de la coalition sans pour autant s'en démarquer radicalement (cf. larron et compère *versus* pigeon, qui tient tout à fait de la coalition à deux contre un de T. Caplow).

Dans *Asiles*[137], il aborde une autre situation triadique, paradoxale, en filant la métaphore de la réparation de l'objet-patient (avec un client, un réparateur et un objet-corps du patient). Le patient « déposé » chez le réparateur ou dans un service hospitalier – l'asile – il est soumis à l'épreuve de l'objet, et le médecin, à celle du marchand. En traitant la situation de prise en charge médicale comme une réparation de voiture, Goffman met en évidence à la fois les points sur lesquels la prise en charge est bien du même ordre que la réparation, et la relation médicale, que la relation marchande avec un réparateur – contrat, confiance, dépôt, etc. – , et ceux où elle est radicalement distinctive. Il montre également comment le corps peut être, dans ces situations, objectivé par le client-propriétaire du corps lui-même, qui négocie la manière dont il va finalement « le laisser en dépôt » entre les mains du professionnel. Nous questionnerons cette approche pour analyser la position assez particulière dans laquelle se trouve le bénéficiaire des secours face aux intervenants, en particulier lorsqu'il est accompagné ou représenté par un tiers

Dans *Façons de parler*[138] enfin, il détaille les formes de conversation à plus de deux et amorce une typologie des places possibles qu'on peut occuper *autour* d'un échange. Tiers ratifié (a-t-il le droit de prendre la parole dans la conversation en cours ?) et adressé ou non, auditeur passif (*overearer*) ou actif (*bystander*)? Destinataire ? Locuteur principal ou

137 E. Goffman, *Asiles*, *op. cit.*

138 E. Goffman, Façons de parler, op. cit.

secondaire ? Autant d'étiquettes et de catégories utiles pour cerner les places de chacun dans la conversation, en particulier celles, souvent secondaires, qu'occupe le patient lorsqu'un tiers est présent.

On verra néanmoins que si E. Goffman a abordé des trios, et si la boite à outils interactionniste nous aide à étudier les interactions de secours, il n'aborde pas la tiercéité comme forme *spécifique* d'interaction, à côté du duo par exemple, comme si au-delà du duo, il y avait des « plus de deux » sans plus de précision.

Mais l'analyse sociologique des formes linguistiques dans l'activité ne tient pas qu'à Goffman ou à l'interactionnisme. En France, nous avons puisé essentiellement à la source de la sociologie du langage (réseau *Langage et Travail*[139], essentiellement) et de la communication. Ces courants de sociologie du travail et des activités en s'emparant de la question du langage, ont développé pour l'aborder un cadre d'analyse et des outils qui sans être systématiquement linguistiques permettent néanmoins une analyse fine du matériau verbal.

6. LE TIERS ABSENT REFERENT

L'évocation des « tiers » renvoie encore, pour les domaines[140] qui nous intéressent, à la sociolinguistique[141] (et au-delà, plus fondamentalement, à la sémiotique de Peirce et à sa

---

139 *Cahiers Langage et Travail, Langage et activités de service*, N°4, Paris, Ecole Polytechnique, sept. 92 ; *Cahiers Langage et Travail*, *Langage, activité médicales et hospitalières, Les dimensions négligées*, N°5, Paris, Ecole Polytechnique, mars 93 ; M. Grosjean, M. Lacoste, *Communications et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, PUF, 1999, S. Pène, A. Borzeix, B. Fraenkel (textes réunis par), *Le langage dans les organisations : une nouvelle donne*, Paris, Harmattan, 2001 ; A. Borzeix, B. Fraenkel (coord.), *Langage et travail : communication, cognition, action*, Paris, CNRS Ed. 2001.

140 On laisse de côté quoiqu'à regret, car les croisements seraient certainement féconds, l'accession du tiers au rang de concept-clé en psychanalyse et en psychologie. Voir par exemple *Revue Française de Psychanalyse, Le tiers analytique,* tome LXIX n° 3, juillet 2005, et notamment B. Voizot, « Le tiers

théorie du signe). D'une façon proche de celle des sociologues, le sociolinguiste P. Charaudeau[142] écrit :

> « La médiation de représentations communes qui fait instance tierce et permet d'envisager que toute communication est triadique avec un je, un tu et un « notre monde ».

Dans son riche recueil d'articles sur le tiers, il postule un point de départ de l'échange de type « 1+1+notre monde » très proche du « 1+1+la société » des sociologues (ou « 1+1+la culture », des ethnologues…). Car c'est bien le propre et l'avancée décisive de la sociolinguistique que de situer l'échange dans le monde social, et de là, pour ce qui nous intéresse, dans une tiercéité d'emblée *sociale*. Cet aspect de la tiercéité peut être relié à des configurations de type « parent+enfant+professionnel des secours ». Elle exprime alors la manière dont un rapport bilatéral se trouve *mis en scène et scénarisé* (on pense ici au *face-work*[143] goffmanien) du fait de son exposition (exposé des motifs de présence aux urgences et exposition de soi) sous le regard d'un tiers (le professionnel).

Il suggère encore deux approches du tiers en sociolinguistique[144] : l'une se demande quelle est la place du tiers (tiers bien physique ou tiers social) dans l'énonciation, l'autre étudie les valeurs du discours endossées par une « voix-tiers ».

Notre démarche n'est certes pas sociolinguistique et ne porte pas particulièrement sur les tours de parole et l'expression du trilogue – ce travail a pu être fait par plusieurs auteurs

---

indispensable au travail psychanalytique en face-à-face ».

141 En particulier P. Charaudeau et R. Montès, *La Voix cachée du tiers, des op. cit.* et C. Plantin, C. Kerbrat-Orecchioni, *Le Trilogue, op. cit.*

142 P. Charaudeau et R. Montès, La Voix cachée du tiers, op. cit.

143 Ou figuration, c'est-à-dire la manière de protéger sa face et celle de ses interlocuteurs au cours de l'interaction, et plus largement, de donner de soi une image maitrisée, sinon la meilleure possible selon ses propres critères, en situation. Cf. E. Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne – Les relations en public –* tome 2, Paris, Minuit. 1973.

144 *Ibid.*

dans plusieurs cadres d'énonciation[145]. Elle s'appuie cependant largement sur certains de ces travaux.

Il existe notamment pour P. Charaudeau une catégorie de « tiers-absent-référent » qui correspond à des personnes ou instances absentes à l'interaction (non coprésentes) mais déterminant néanmoins le contenu ou les décisions de l'échange. Tel est le cas du téléspectateur, par exemple, pour ceux qui font une émission de télévision. En ce sens, nous constaterons l'existence de « tiers-absent-référent » dans le discours dyadique et en étudierons les conséquences sur l'échange et la prise en charge. D'autre part, nous verrons la manière dont un locuteur-tiers joue de sa posture tierce pour avancer des valeurs dans le discours.

6.1. Le tiers, mode mineur

L'histoire de la tiercéité, en sociologie, commence dès la naissance de la discipline. La sociologie est en quelque sorte une science *trine*, comme on parle de la religion trine : la sociologie structurale, la sociologie compréhensive, et la phénoménologie ont chacune leur triade fondatrice. Elles s'attachent dès l'origine aux rapports entre trois entités absolument élémentaires et consubstantielles, qui sont l'individu, le groupe et la « société » pour M. Weber ou E. Durkheim ; le *representamen*, l'objet et l'interprétant, suivant l'épistémologie pragmaticiste de C. S. Peirce[146] ; ou encore *L'esprit, le soi et la société* chez G. H. Mead[147].

La tiercéité, en tant que concept heuristique, fait florès aujourd'hui dans le lexique d'un nombre croissant de secteurs, où elle correspond manifestement à la conscience d'une

145 C. Kerbrat-Orecchioni C. Plantin, *Le trilogue, op. cit.*

146 C. S. Peirce, *Écrits sur le signe,* rassemblés traduits et commentés par G. Deledalle, Paris, Le Seuil, 1978.

147 G. H. Mead, L'esprit, le soi et la société, Paris, PUF 2006.

extériorité agissante dans des processus aussi divers que la conversation, la sécurité sociale, l'épistémologie ou la psychanalyse.

Le tiers peine pourtant à se faire reconnaître, non seulement comme le personnage principal qu'il est parfois, mais aussi comme un personnage secondaire, omniprésent et agissant, digne de l'intérêt des sociologues, au moins d'un point de vue formel, dans des situations de la vie courante, du travail, de la famille, de la maladie notamment. Quand il est reconnu, cela ne concerne encore que des situations relativement ciblées : la dépendance, la maladie chronique, la gériatrie… Sans aller jusqu'à considérer d'emblée le tiers comme un personnage clé et une figure élémentaire du jeu social, constatons du moins qu'on s'est encore peu penché sur l'enjeu que constitue sa présence dans un grand nombre de situations ordinaires où il intervient. Ainsi, du parent d'élève venant chercher son enfant à l'école (c'est son absence qui pose problème), au monsieur qui vous fait signe que votre coffre est resté ouvert, du passant qui appelle les secours parce que vous vous êtes cassé le bras, à la mère qui emmène son bébé aux urgences parce qu'il pleure depuis deux heures. Soit le tiers intervient dans une absence d'événement notable (non-événement de l'enfant sortant de l'école et retrouvant sa mère qui, comme chaque jour, l'attend devant les grilles), soit il intervient au contraire dans un contexte critique, qui éclipse tout-à-fait la part qu'il y prend, parce que l'important est ailleurs : se souvient-on vraiment du passant qui téléphone aux pompiers parce qu'on s'est fait renverser ?

6.2. Quand le tiers est une femme : vers le *care*

Ce personnage d'arrière-scène voit d'ailleurs mal l'enjeu de son activité : il repère bien son utilité et sa logique d'action, mais non la *grandeur*[148] de sa participation à la situation. Ainsi, P. Molinier, S. Laugier et P. Paperman[149] en France, Tronto[150] en Amérique et bien d'autres auteur(e)s depuis C. Gilligan au sein des « *gender studies* », ont mis récemment en évidence le soin d'autrui, celui des femmes, en particulier, et son escamotage, en termes tantôt de compétence à faire reconnaitre, de « travail caché » ou d'activité naturalisée.

Autre sociologue à avoir travaillé sur la relation de soin et constaté le rôle qu'y jouent les femmes, G. Cresson montre combien le travail de *care*, même médical, est tenu pour négligeable par la femme elle-même, alors qu'elle y consacre plusieurs heures par jour[151]. Dans le cas de nos terrains, l'une des raisons du manque d'intérêt pour la participation des requérants ou des accompagnants est d'ordre dramaturgique : c'est précisément parce qu'il ne se passe pas grand chose, ou que cela se passe ailleurs, que ce travail est tenu pour négligeable. La participation est réelle mais passe inaperçue.

Le travail de J. Tronto[152], surtout, qui parvient à dénaturaliser le travail *féminin* de *care*, tout en requalifiant un souci de l'autre comme expérience réciproque de l'interdépendance sociale, nous sera utile pour envisager la participation tierce au secours comme une

---

148 Au sens que lui donnent L. Thévenot et L. Boltanski, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991, entre valeur, légitimité et reconnaissance commune.

149 P. Molinier, S. Laugier, P. Paperman, *Qu'est ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot, 2009.

150 J. Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une politique du* care, Paris, La Découverte, 2009

151 G. Cresson, *Le travail domestique de santé*, Paris, L'Harmattan, 1995.

152 J. Tronto, Un monde vulnérable… op. cit.

potentialité citoyenne qui vient s'ajouter aux analyses en termes d'activité d'un côté, de genre de l'autre.

6.3. Vers une sociologie de la tiercéité

Dans les services publics d'urgence que nous avons observés, des *tiers* rendent possible le secours et la prise en charge urgente : en particulier, le professionnel extérieur à la vie du patient, le *quidam* signalant en passant aux pompiers la détresse d'un inconnu et le parent accompagnant son enfant malade aux urgences. Notre propos, en les abordant *en tant que tiers*, doit rendre justice à l'épaisseur de leur participation. Elle engage la notion même de secours : en quoi constituent-ils des pôles ou des figures de la main secourable sur l'existence de laquelle repose la notion même de *secours* ?

Quelle est la place du professionnel des secours dans une telle analyse, sinon celle d'un « troisième tiers », institutionnel et expert, au côté des acteurs du secours ordinaire que seraient le passant, l'entourage?

Le tiers pensé comme force agissante, existant hors de la situation et ferment de sa transformation, celui par qui le changement arrive, interpelle et met à l'épreuve les cadres, les habitudes et les règles des situations où il intervient. En élaborant la notion de tiercéité, nous souhaitons ainsi contribuer à redéfinir ce qu'est le secours dans notre société à partir du cas du secours d'urgence et en l'abordant à travers deux études de cas croisées, portant l'une sur les appels au 18, et l'autre sur les services d'urgence pédiatrique. La sociologie interactionniste et pragmatiste va nous aider à penser le tiers à la fois dans sa valeur conceptuelle *d'extériorité influente*, et dans l'épaisseur des situations triadiques où un tiers permet que *quelque chose se fasse* entre deux autres.

Nous verrons qu'il y a maintes façon d'être tiers, et que le terme est relatif à une dynamique collective si bien que selon le point de vue, chacun peut être un tiers pour l'autre. Nous tenterons de traiter systématiquement « en tiers » les trois acteurs du secours d'urgence que constituent le professionnel, le passant donneur d'alerte et le parent accompagnant, au cours de la trajectoire qui va de l'alerte au parcours de soin. Cette démarche nous conduira à identifier différentes formes de tiercéité, à faire évoluer nos définitions du tiers et à en souligner les limites, questionnements, problèmes.

7. METHODOLOGIE

Pour entrer dans l'analyse de la tiercéité des situations de secours et d'urgence, nous nous focaliserons sur trois personnages dont nous verrons comment ils *font* le secours, au sens pragmatique et performatif d'une approche de l'activité par ce qu'elle fait et donne à voir. Ces personnages sont le professionnel, le donneur l'alerte et l'accompagnant, en particulier le parent. La démarche est ainsi résolument inductive et microsociologique.

S'intéresser à la relation de secours telle qu'elle se passe en situation entre protagonistes, empiriquement, c'est alors pouvoir mettre au jour les processus, les régularités, sinon les règles, énoncées ou implicites, qui cadrent ces échanges et permettent de les désigner comme interactions de secours. Il s'agit d'aborder l'activité au plus près des pratiques, et des trois dimensions « techniques (comment faire), contractuelles (qui fait quoi) et civiles (qui est qui)[153] » de ce qui est ressemble à première vue à une interaction de service. Nous allons ainsi nous pencher sur ces trois dimensions :

[153] Selon l'expression d'I. Joseph et G. Jeannot, *Métiers du public*, Paris, Éd. du CNRS, 1995.

1. Comment chacun (professionnel, donneur d'alerte, parent) prend place dans l'échange, ce qu'il met en avant et comment il indique son rôle et pose un cadrage à travers le dialogue. Il s'agit ici de reposer la question « qui parle » et d'en montrer les enjeux en termes de force illocutoire[154], de pouvoir, et de conséquences. On regarde comment le récit est amené et cadré du point de vue du *self*[155], du motif et des attentes.

2. Ce que chacun mobilise en termes de ressources (technique, procédure, guide pour l'action, persuasion et rhétorique…) – en particulier, la manière dont le professionnel encadre et dirige ou négocie l'échange et complète sa propre grille, métaphorique et réelle, d'analyse de la situation et de ce qui est bon pour agir.

3. Ce que chacun fait, réellement, en terme de secours et, plus précisément, de *cure* et de *care*. Autrement dit, quelle est *de facto* la matière du secours d'urgence, et qui y fait quoi ?

Enracinée dans les traditions mêlées du pragmatisme et de l'interactionnisme (microsociologie, observation et enregistrement audio, discussions et entretiens), cette appréhension des terrains adopte le point de vue straussien :

> « Un regard qui part d'en bas, vient du dehors, appartient au destinataire, pour interroger le haut, le dedans, le prestataire et le produit. Un regard qui s'intéresse autant à la réception qu'à l'émission[156].»

---

154 Selon les termes de J. L. Austin *in Quand dire, c'est faire,* Paris, Seuil, 1991.

155 Voir E ; Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne, La présentation de soi, op. cit.* pour Ogien *op. cit, «* s'il était possible d'isoler une entité qui aurait les allures de l'identité d'un individu - un *self* ou un sujet - elle devrait être envisagée comme la totalité des engagements qui s'accumulent et se stratifient au long d'une existence, sans s'exclure ni s'annuler jamais. ». Voir aussi, E. Gardela, « Le self comme interprétation chez E. Goffman », *Tracés, l'interprétation*, n°4, 2003.

156 A. Strauss, La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme, Paris, L'Harmattan, 1992.

Regarder avec la perspective interactionniste comment se passe l'échange entre tiers-public et tiers-professionnel, c'est se placer entre les individus, au niveau de l'échange et envisager performance, compétence, engagement, *face-work* de façon *a priori* parfaitement symétrique. La symétrie est posée comme principe d'observation, et non en termes de résultat, ce qui nous permet d'envisager que l'appelant puise, comme le professionnel, à diverses ressources – non les mêmes – et mette en œuvre lui aussi des compétences lorsqu'il construit le récit de ce qui l'amène à appeler et répond aux questions du professionnel.

L'intérêt de la démarche est, dans la continuité d'autres auteurs, de décentrer un regard qui se focalise encore volontiers sur les compétences et la performance des professionnels face à des usagers présumés relativement incompétents au sein de couples dialectiques, tels profane-expert, professionnel-usager, médecin-patient.

L'approche s'est d'ailleurs largement renouvelée, s'agissant notamment de la relation médicale. Concernant les rapports entre usagers et professionnels, les travaux sur la relation de service ont su, ces vingt dernières années, mettre en avant la réciprocité des perspectives et des savoirs, les compétences profanes de l'usager[157] et les compétences communicationnelles et informelles des métiers du public (Janneot & Joseph[158]), nous montrant ainsi combien usagers et professionnels co-construisent la relation, en étant guidés et contraints par la structure et par l'expert. Les dimensions techniques, contractuelles et civiles se combinent dans l'interaction de secours comme dans les autres interactions de service. Pour les appréhender, nous nous sommes intéressés aux techniques d'observation rapprochée mais

---

157 A. Borzeix, « Relation de service et sociologie du travail - L'usager, une figure qui nous dérange ? », *Cahiers du Genre,* n° 28, 2000 ; A. Borzeix et B. Fraenkel, *Langage et travail. Communication, cognition, action*, Paris, CNRS Éditions, 2001.

158 G. Janneot et I. Joseph, *Métiers du public, op.cit.*

aussi à l'armature théorique qui supporte les *workplace studies*[159] *:* les missions d'accueil téléphonique (18) ou en face-à-face (SAUP) des services d'urgence sont envisagées ici notamment comme des centres de coordination, intégrant des coordinations internes mais aussi extérieures, et profanes.

7.1. Les terrains

Après avoir observé un service généraliste comme celui des pompiers, les services hospitaliers d'urgences pédiatriques permettaient de systématiser les observations de tiers actifs (*a priori*, les parents auprès des enfants) tout en complétant les interactions téléphoniques par des échanges face-à-face.

Notre dispositif d'enquête ne permet cependant pas de balayer toutes les interactions et les implications tierces dans les situations de secours : nous n'avons pas vu de services d'urgences pour adultes, d'urgences psychiatriques, etc. et nous avons limité notre champ aux ouvertures : accueil, premiers échanges, tout premiers gestes. Même si nous avons observé

[159] Les *workplace studies* initialement lancées par Lucy Suchman dans le cadre des recherches menées au Palo Alto Research Center intègrent le rôle du contexte spatial, matériel et technologique dans l'organisation de l'interaction dans des situations de travail complexes (contrôle aérien, L. Suchman, Constituting shared workspaces. In D. Middleton & Y. Engestrom (Eds.), *Cognition and Communication at Work*. Cambridge, CUP, 1996 ; opération chirurgicale, L. Mondada, "Working with video: how surgeons produce video records of their actions", *Visual Studies*, n°18, 2003,…). L'expression, traditionnellement non traduite, a été récemment traduites par « études des lieux du travail », qui met l'accent, nous semble–t-il, sur une dimension certes tout-à-fait présente mais plutôt périphérique de ces approches, la dimension écologique. Voir sur les *workplace studies*, l'article de L. Mondada, « Interactions en situations professionnelles et institutionnelles : de l'analyse détaillée aux retombées pratiques », *Revue Française de Linguistique Appliquée* 2006/2, Vol. XI, p. 5-16].

l'ensemble de la « carrière »[160] des patients au sein des services hospitaliers d'accueil d'urgences (SAU), nous ne les avons pas suivis ensuite dans les services où ils étaient éventuellement hospitalisés. L'installation dans la pathologie, et l'accompagnement au long cours sont restés en dehors du champ d'étude.

En outre, il ne s'agit pas de comparer le 18 et le SAU mais de considérer un éventail de situations. Il aurait fallu sinon conduire une comparaison entre le 15 et le SAU, à la limite, ou entre les appels au 18 et les interventions réelle des équipages.

S'il ne peut donc s'agir de « tout décrire » de l'urgence à partir de ces seuls terrains, ils permettent néanmoins, à leur échelle, de construire une définition de la situation de secours, de réaliser et de mettre en rapport une masse d'observation, d'en tirer quelques modèles au moins pour les deux types d'urgences considérés et de dégager des pistes d'élargissement.

C'est en recueillant et en analysant des interactions impliquant un tiers que nous avons fait émerger de grands domaines d'activité, d'implication, ou d'engagement des tiers dans les situations de secours, et qu'une réflexion sur le rôle et la place du tiers dans ces situations a pu se déployer. Nous avons interrogé sous l'angle de sa tiercéité l'activité même des professionnels et leur manière de s'inscrire dans l'interaction. Nous avons procédé en partant de trois terrains dont l'activité sera décrite dans la première partie consacrée à la figure du « professionnel ».

Le premier terrain s'est déroulé au sein du centre de coordination des opérations et des transmissions (CCOT) de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP), qui assure le traitement des appels au 18/112.

---

160 Pour reprendre l'intéressant travail de H. Becker traitant l'itinéraire de différentes catégories de personnes dont les activités sont jugées déviantes comme des « carrières », des évolutions professionnelles. Cf. H. Becker, *Outsiders*, *op. cit.*

Les deux autres, au sein de deux grands services hospitaliers d'urgences pédiatriques, ont été réalisés en observation non participante aux côtés des médecins, chirurgiens et infirmiers, dans le premier service d'accueil d'urgence (SAU 1), et en observation semi-participante dans le second (SAU 2).

Nous avons passé huit semaines auprès des sapeurs-pompiers de Paris et les enquêtes au sein des deux services d'urgences pédiatriques ont duré environ douze semaines chacune. A chaque fois, nos périodes de présence sur les lieux équivalaient à des gardes[161], afin de suivre le rythme à la fois singulier et « normal » ou « *insider* » des professionnels de ces services. De cette façon, nous pouvions faire des observations réitérées à toute heure du jour et de la nuit, en semaine et le week-end, et dans des équipes différentes. Les périodes (entre octobre et décembre au CCOT, entre mars et décembre aux SAU) ont comporté des vacances, des journées et des nuits plus et moins chargées, et des périodes d'épidémies (bronchiolites et gastroentérites), ce qui a permis de saisir les rythmes saisonniers, hebdomadaires et journaliers des services.

Concernant les services d'urgences hospitaliers, le choix s'est porté, pour des raisons à la fois pratiques et heuristiques, sur de grands services très sollicités. Ces services reçoivent en moyenne 160 à 200 personnes par 24 heures, c'est-à-dire un nombre de prise en charge et d'échanges particulièrement important : il s'y passe toujours plusieurs choses en même temps et les observations possibles, très nombreuses, sont aussi très variées. Symétriquement, ce sont des services qui font travailler des équipes soignantes et médicales nombreuses, avec une partie de formation des élèves, et toute la palette des statuts (externe, interne, faisant fonction d'interne, senior ; élève infirmier, élève aide soignantes, infirmier, aide-soignante, infirmière

161 Les gardes duraient 14h pour les stationnaires au CCOT, et nous nous calions sur les gardes de jour et de nuit des internes dans les SAU.

chef, cadre infirmier, pratiquant aussi en dehors des urgences ou non, etc.). Il s'agit de grands pôles avec de gros services d'urgence, de grands hôpitaux dans de très grandes villes, avec tous les moyens, toutes les interactions avec les autres services, et toute la complexité propres à ces établissements. Cela permet également d'observer, dans un contexte où le bassin potentiel de patients est important, des situations limites d'accueil, d'attente, de saturation et d'engorgement des services et leurs conséquences interactionnelles.

Concernant la manière dont nous avons organisé nos observations, nous avions, au CCOT l'autorisation d'enregistrer les échanges téléphoniques entre stationnaires et appelants, ce qui a donné lieu à un corpus d'enregistrement dont nous avons retranscrit intégralement une partie[162]. Nous avons également réalisé quelques entretiens approfondis sur le « sens de l'activité » et assez souvent, des « discussions informelles », retour immédiat sur le dernier appel reçu, ou explicitation des réactions ou situations rencontrées. Enfin nous tenions un journal de bord dans lequel nous décrivions notamment l'activité de la salle 18 et certaines scènes particulières, les cas mobilisant d'autres acteurs, notamment la régulation médicale, etc. nous avons extrait de ces documents les descriptions du CCOT qui jalonnent ce travail.

Au sein des services hospitaliers d'urgences pédiatriques, l'organisation a été différente. Nous n'avions pas l'autorisation d'enregistrer, de photographier ou de filmer. Nous tenions donc au jour le jour et le plus souvent dans les interstices de nos séquences d'observation un journal de terrain où nous avons autant que possible, et plusieurs fois par jours, décrit les scènes, reproduit de mémoire les échanges et fixé l'évolution de nos questions et observations. Nous avons repris le principe des discussions informelles autour de ce qui venait de se passer, ou pour expliciter telle pratique, telle réaction, etc. dans le premier service, nous avons suivi au jour le jour les différents professionnels, et surtout, les infirmiers

162 Voir annexe.

d’accueil, les médecins, les chirurgiens et les infirmiers. Nous avons passé moins de temps avec les aides-soignants et les brancardiers. En outre dans le second service, nous avons dû négocier davantage et accepté que notre présence soit encadrée par une infirmière. Le terrain au sein du SAU 2 a ainsi pris la forme originale d’un « stage d’observation infirmier » où nous accompagnions des infirmiers durant leur garde et réalisions pour eux toutes sortes de petites tâches[163]. Ce contexte nous a permis d’entrer de plain pied dans les situations de contact entre public et infirmières et de comprendre la matière de l’activité ordinaire du personnel soignant et une part de l’ambivalence des rapports avec les patients et leurs parents[164].

D’une façon générale on trouvera dans ce travail deux types de matériaux, des retranscriptions d’enregistrement réalisés au CCOT et des descriptions de sayettes et transcriptions libres de dialogue issues du journal de terrain, pour les SAU.

Au fil du texte, nous serons amenés à reproduire ces transcriptions, et parfois, à les réutiliser, généralement alors sous la forme d’extraits, lorsqu’elles permettent d’éclairer des questions différentes.

7.2. Le « moment » du premier contact

Au sein de la situation de secours, entendue comme regroupant tout ce qui se passe depuis l’appel ou l’arrivée dans les services de secours jusqu’à la sortie, on se situe au tout début, au niveau de ce qu’on peut appeler l’ouverture de la situation de prise en charge.

163 Les différences dans les modalités d’enquête au sein des deux hôpitaux tiennent essentiellement à ce qui a pu être négocié avec les chefs de service et les autorités des différents services ; les conditions de ma présence et l’accueil qui m’a été fait ont dans les trois cas donné lieu à des observations et permis de nouer des relations et des dialogues très fructueux et d’apprécier les situations sous des angles différents.

164 Il y aurait beaucoup à dire sur les conditions de la présence au terrain, l’impact réciproque entre le terrain et le chercheur, les limites de l’un et de l’autre, également. On peut se reporter à l’annexe « du coin des sens » concernant la manière dont nous avons vécu et articulé présence parmi des professionnels et recueils de situations aux urgences pédiatriques.

Avec E. Goffman[165], il nous paraît fructueux de penser les situations de secours et d'urgence comme inscrites dans des « moments », séquences temporelles cadrées, qui font appel à leurs propres schémas interprétatifs et suggèrent leurs propres activités. Sans insister plus avant sur ce point, disons pour l'instant que le premier contact est un bon « moment » goffmanien, pour étudier les formes interactionnelles qui nous intéressent, et comparer le premier contact téléphonique avec celui en face-à-face, ce qui permettra d'enrichir le modèle.

Se jouent en effet, dès le premier contact, entre le tiers et les services d'urgence, non seulement son degré de coopération avec les professionnels, mais aussi, plus largement, son investissement, son implication et sa forme de responsabilisation, naissant de la situation de secours elle-même. E. Goffman écrit à propos des enjeux de l'interaction et de certaines rencontres :

> « Il y a des rencontres où 'l'impression' peut affecter les chances d'une vie. L'exemple institutionnel en est l'entrevue de recrutement, telle qu'elle est pratiquée par des conseillers scolaires, les psychologues des services du personnel, les psychiatres établissant leur diagnostic ou encore des officiers des tribunaux[166].»

Dans le cas des interactions de secours, le premier contact peut être provisoirement considéré comme porteur d'un de ces enjeux, si l'on suit l'hypothèse selon laquelle la performance du donneur d'alerte peut influencer, voire déterminer la décision d'intervenir et la manière de le faire. L'impression produite au cours de l'échange initial entre un tiers et le professionnel pourrait affecter « les chances de la vie » *d'un autrui* qui serait le patient, comme dans les cas où c'est un parent qui appelle les secours au sujet de son enfant, ou qui l'amène dans un service d'urgence. Autrement dit, on peut faire l'hypothèse que le tiers porte, à quelque degré, sur ses épaules la responsabilité de la qualité de la prise en charge du patient dont il se fait le porte-parole.

165 E. Goffman, Les Cadres de l'expérience, op. cit. Les Moments et leurs hommes, op. cit.

166 *Ibid*.

Pourtant, travailler sur l'urgence et se concentrer sur la prise de contact entre public et professionnels[167], c'est bien aussi se placer « là où ça ne se passe pas ». Il y a bien des postes de travail dédiés à la réception du public, directement, comme au sein des services d'urgence pédiatriques étudiés ici, ou par téléphone, comme au centre de coordination téléphonique des appels, au 18 pour les sapeurs-pompiers, ou au 17 pour police-secours. Ces postes, perçus par les institutions de l'urgence elles-mêmes comme stratégiques, sont à ce jour tenus par des professionnels du secteur concerné[168], mais ces espace-temps, et avec eux la première étape de la prise en charge[169], s'effacent dans la hiérarchisation des enjeux présents dans ces services. Ceci rend d'autant plus nécessaire notre exploration de ce qui s'y joue empiriquement. Le public alerte généralement pour qu'une prise en charge advienne et, pour le service, c'est elle qui représente le « cœur de métier », par delà les différents métiers. Pourtant, l'échange initial entre public et professionnels constitue le précurseur et le déclencheur de l'intervention. C'est un moment-clé vite oublié, où se déterminent des recompositions de toutes sortes.

8. CHEMINEMENT DE LA THESE

La thèse s'organise comme la déclinaison de trois figures de la tiercéité – le professionnel, le passant et le parent– construites dans leur rapport archétypique au secours et

167 La recherche s'attache à construire une terminologie fine des différents acteurs – requérants, bénéficiaires des secours, chaque groupe de professionnels, etc. - mais pour plus de fluidité dans cette présentation rapide des tenants et des aboutissants de la recherche, nous nous en tenons à une désignation générale en terme de « public », de « service » et de « professionnels ».

168 Néanmoins, certains autres centres d'appels s'externalisent, et de nombreux professionnels font appel à des centres d'appel privés généralistes qui emploient des standardistes spécialisés ou non, pour une partie parfois du champ d'appel. Dans ces trois cas, il y a régulièrement redirection de certains appels à des acteurs spécialisés en fonction du motif d'appel.

169 Cette expression fera l'objet d'un approfondissement. Indiquons déjà que ce qui est à l'œuvre s'exprime mieux dans la terminologie anglo-saxonne qui distingue le *cure* et le *care*.

à ses autres protagonistes. Elle analyse, tout au long de la recherche, les différentes manières d'être *tiers* du professionnel, du parent et du passant dans l'interaction.

Dans une première partie (I. Le professionnel), consacrée à l'activité des professionnels du secours et de l'urgence, nous replaçons l'échange avec le public dans le contexte d'une succession rapide d'interactions le plus souvent triadiques (1) qui forment différentes configurations. Les échanges eux-mêmes s'inscrivent au cours de l'interaction dans divers dispositifs techniques, mobilisent des équipements experts, des objets, une ergonomie et finalement une organisation multimodale qui en transforme profondément la nature conversationnelle : l'échange se fait travail, équipé (2). Le caractère multimodal et hautement interactionnel de l'activité des pompiers, multitâche et soutenu par toutes sortes de documents des médecins des urgences, interroge la texture même de l'activité d'urgence

Entre souci constant des demandes en attente, perçues comme un flux à écouler et des priorités à renégocier, transformation de la crise en cas « parole plurielle »[170] et polylogue permanent, comment les professionnels font-ils face à la multiactivité sous-jacente du secours d'urgence(3) ?

L'activité de secours doit s'organiser dans le contexte d'une multitude de patients et de pathologies simultanées : comment se traduit-elle en particulier dans l'organisation des temporalités, des rythmes croisés des professionnels et du public (4). L'écart de perspectives profond entre professionnels et publics, quant à ce qui fait urgence ne met-elle pas en question la notion même de prise en charge, entre multiactivité d'un traitement collectif et *care work* des proches ? Dans quelle mesure les professionnels, pour parvenir à porter secours, ne façonnent et ne se placent-ils pas dans un rapport très différent de celui du patient avec ses

[170] M. Lacoste, « Parole plurielle et prise de décision », in E. Goffman, *Le parler frais d'Erving Goffman*, Paris, Minuit, 1989.

tiers, rapport d'altérité, diffus et dynamique constamment mis à l'épreuve par les situations elles-mêmes, et par les non-professionnels au cours de l'interaction ? Pour porter secours, le professionnel doit en effet avant tout hiérarchiser, trier, et par là, ne pas porter secours immédiatement à tous (5). Nous verrons comment le professionnel opère des cadrages dans l'interaction pour poser ses propres grilles de lecture et d'action sur la situation et que ces cadrages sont néanmoins à la fois plastiques, et vulnérables(6). Ayant ainsi cheminé en territoire professionnel pour tenter d'en caractériser la tiercéité dans ses différentes facettes, nous avons croisés des tiers, donneurs d'alerte et accompagnants, presque à chaque pas. Si nous avons interrogé ce que fait le professionnel (dans l'interaction), il nous faut alors nous demander également ce que font les tiers non-professionnels, du passant qui donne l'alerte au parent qui reste avec le patient dans les services d'urgences ?

En analysant la part prise par le tiers dans l'alerte, la deuxième partie (II. Le passant et le parent), se penchera sur l'auto-mobilisation de l'inconnu d'un côté, du parent de l'autre, les positions dans lesquelles la situation d'urgence les place et le rôle qu'ils y jouent.

Nous explorons d'abord ce qui est en jeu dans l'appel au secours lorsqu'il est passé par un tiers qui n'a pas de lien avec le patient pour lequel il donne l'alerte (1 le passant). Entre signalement, enrôlement et engagement, nous verrons quels peuvent être les régimes de mobilisation du donneur d'alerte. Médiateur, porte-parole, partie-prenante, au-delà de l'alerte nous verrons comment le rôle qu'il se donne détermine en partie son engagement dans la situation.

Le cas de l'entourage relève d'autres logiques, et donne lieu à d'autres formes d'engagement (2 le parent). Quelle peut être la forme de l'implication du parent dans les situations de secours? Comment se présente-t-il alors compte tenu de la place qu'il occupe ? Son rôle dans la prise en charge de la douleur sera plus particulièrement observé, car il met en

lumière l'importance que la présence de l'entourage peut avoir en pratique, dans la qualité et le confort de la prise en charge. Nous verrons qu'en fait, à toutes les étapes de la prise en charge médicale, la communication avec les proches joue un rôle qui peut être déterminant. Au-delà, c'est tout un travail de *care* partagé qui se déploie entre professionnels et parents autour de l'enfant, au prix, souvent, de son effacement interactionnel… A l'issue de cette seconde partie, nous aurons identifié et souligné différents rôles joués par des tiers autour du secours d'urgence qui nous conduiront à revoir le périmètre de ce qu'il est convenu d'appeler la « prise en charge » pour y intégrer, outre ce que les professionnels font directement, d'un côté, tout ce qu'ils *font faire*, et de l'autre, tout ce qui *est fait* autour du problème, indépendamment d'eux (Conclusion : Le tiers-paradigme).

Faisant retour sur la multi-activité de C. Licoppe[171] et les concepts de « moments » et de « situations » d'E. Goffman, nous envisagerons une « situation de secours » qui comprenne non seulement le rôle des services de secours dans leur *tiercéité,* mais aussi des tiers. Cela nous amènera à dégager une notion, celle de *multiactivité situationnelle*, afin de rendre compte de ces co-activités.

Le professionnel, le passant et le parent incarnent de façon intéressante l'actualisation autour d'un patient du lien entre la solidarité nationale, le souci de l'autre familial et le souci des autres du citoyen. Par delà les formes de leur mobilisation peut-on penser la tiercéité comme principe ordinaire du secours et avec quelles implications ?

---

171 C. Datchary, C. Licoppe, « La multi-activité et ses appuis : l'exemple de la « présence obstinée » des messages dans l'environnement de travail », @ctivité, 2007.

Ciblée sur les situations de secours en urgence, la recherche se demande donc *qui* sont ces tiers et *comment* ils portent secours et s'inscrivent finalement dans une *situation* de secours**.** La thèse porte sur le tiers dans les situations de secours et d'urgence et interroge ensemble à la fois le secours en tant qu'il est endossé par des tiers, et la figure du « tiers secourant » comme personnage - méconnu - du jeu social.

I. LE PROFESSIONNEL, INSTANCE TIERCE

Le professionnel tient dans la situation de secours le rôle du spécialiste et de l'intervenant. La question de sa relation au public renvoie d'un côté à la relation médicale, (mais avec quelles spécificités compte tenu de l'urgence ?) et de l'autre à la relation de service (mais avec quelles particularités, compte tenu de l'enjeu immédiat à agir et de l'absence de « clientèle » qui peut caractériser ce « service » ?).

Pour Goffman, la relation de service renvoie à trois compétences, technique, commerciale et civile[172], son apport étant notamment d'avoir mis en évidence les compétences *civiles*. Comme le remarque J.-M. Weller[173], il distingue relation de service et diverses relations médicales (il désigne en l'occurrence les institutions psychiatriques) dès lors que le patient n'a pas le *choix* de son prestataire :

> « Tous ces détails sur lesquels insiste Goffman le conduisent à considérer l'activité médicale comme le cas particulier d'un schéma plus général : celui de la relation de service. Il est même plus précis : seule la médecine libérale entre dans ce genre de configuration. En revanche, ni la médecine militaire, ni la médecine épidémiologique n'entrent dans ce schéma, et encore moins, on le sait, la médecine telle qu'elle est pratiquée par les institutions psychiatriques (id., 409 et sq.). Précisément parce que cette confiance censée accordée par le patient à son médecin y est proprement impossible : il n'a pas le choix. Non seulement il se trouve face à ses « réparateurs » contre son gré, mais ses propos ne seront jamais pris en considération. ».

Dans le cas de la relation de secours et de l'intervention publique, et non privée, envers des patients ou usagers, plutôt que des clients, comment entendre la relation de secours d'urgence ? Nous étudions dans cette partie le professionnel des secours en tant que tiers, c'est-à-dire que nous recherchons quelles sont les formes, le périmètre et les conséquences pratiques de cette association entre brièveté de la rencontre et enjeu d'agir qui caractérise cette interaction. Qu'est-ce qui caractérise cette relation de secours particulière qu'est le

172 E. Goffman, *In Asiles, op. cit.*

173 J.-M. Weller, « Abuse-t-on de la notion de relation de service », *Education permanente,* n°137.

secours d'urgence et dans quelle mesure la notion de « tiercéité », entre extériorité et médiation, peut-elle nous aider à la qualifier? Plus simplement, en quoi le professionnel du secours d'urgence peut-il être considéré comme un *tiers* non seulement au sein des triades qu'il compose avec un requérant et un donneur d'alerte ou accompagnant distinct, mais encore du fait de sa position d'acteur professionnel ayant à intervenir brièvement et rapidement dans des situations critiques privées? L'enjeu de cette question est pour nous autant politique que pratique. Envisager le professionnel en tant que tiers et interroger cette tiercéité renvoie à la possibilité, aux conditions et au fonctionnement d'une aide publique au-delà de l'entre-soi et en dehors de l'assistance.

Pour dresser le portrait du professionnel des services d'urgence « en tiers », nous nous appuyons principalement dans cette partie sur notre travail de terrain mené chez les pompiers, en mobilisant de façon plus ponctuelle le cas des SAU, pour compléter ou nuancer notre propos[174].

Les services d'urgence apportent une réponse publique, institutionnelle et organisée à la mise en danger individuelle et collective. En tant que services publics, ils sont par définition égalitaristes et indépendants, accessible à tous sans discrimination ni préférence. L'activité des professionnels et leurs interactions avec le public s'inscrivent dans ce cadre. En quoi les exigences propres au service public d'égalité, impartialité, neutralité et accessibilité, marquent-elles les interactions particulières entre professionnels et requérants ? Le fait d'agir en tant que professionnel, d'un service public de secours, de surcroit, place les stationnaires, médecins et infirmiers dans un rapport qui, entre personnalisation et distanciation, peut s'appréhender avec les outils conceptuels de la *tiercéité*. Quels sont ses contours, comment se

---

[174] Inversement, notre troisième partie, consacrée à l'accompagnant, et plus spécifiquement au parent, se situera essentiellement dans le cadre de notre séjour dans deux services d'urgences pédiatriques, en mobilisant alors l'appel de parents au 18 comme un nécessaire contrepoint.

construit-elle et peut-elle représenter une dimension des services publics de secours d'urgence, et peut-être une caractéristique des services publics en général ? Peut-on parler d'une « tiercéité intrinsèque » de l'intervention et de l'engagement du professionnel? Comment est-elle, le cas échéant, travaillée ou mise à l'épreuve au cours des échanges ?

Cette propriété du professionnel d'être un tiers est généralement abordée dans la littérature sous l'angle émotionnel de la « bonne distance »[175] à trouver ou à conserver avec le patient et sa famille, avec la maladie et avec la mort. Les pompiers, comme la pédiatrie, sont d'ailleurs deux types de services particulièrement sensibles à cette problématique, autour de laquelle formations et réflexions internes se sont largement développées. Aujourd'hui, les pompiers, y compris les stationnaires, font des « débriefings » réguliers, et d'autres ponctuels après chaque opération tragique ; de même, dans les services hospitaliers pédiatriques, la question de la maladie et de la mort est au cœur de pratiques de parole, de réflexion collective et d'accompagnement psychologique courantes et régulières.

Cependant, au-delà de ces différents aspects, que le professionnel soit un tiers intervenant fait partie des « allant-de-soi » dont la force d'évidence prévient l'exploration sérieuse. Secourir des gens en professionnel, dans le cadre d'un service public du secours, pose pourtant une question de pure performance : comment parvient-on, sans connaître les personnes, à saisir ce qui leur arrive ? Le professionnel qui reçoit la demande de secours est par définition extérieur à la situation qui entraine son intervention, à la vie des personnes concernées et, sauf exception, à leur réseau d'interconnaissance. En tant qu'opérateur de transmission, il tient en outre une position intermédiaire, d'évaluateur décisionnaire et de relai entre la situation critique et le secours proprement dit, c'est-à-dire l'équipage de pompiers

[175] Voir par exemple M. Castra, « Faire face à la mort : la régulation de la " bonne distance " soignants- malades en unité de soins palliatifs », *Travail et emploi*, n° 97, janvier, 2004, p. 53- 64. 2004 et J.-M. Weller, «Stress relationnel et distance au public. De la relation de service à la relation d'aide», *Sociologie du travail*, vol. XLIV, janvier-mars 2002.

qu'il enverra le cas échéant. Comment, alors, se résout dans l'interaction la tension entre la demande parfois impérieuse de l'appelant et les missions d'évaluation, de tri, de hiérarchisation et le cas échéant, de refus d'intervenir des professionnels ?

Lorsqu'elle est observée au plus près des pratiques, la tiercéité du professionnel vis-à-vis du public (requérants et bénéficiaires) révèle aussi d'autres aspects moins liées à des procédures et davantage au fait même de l'exposition à un public multiple et nombreux.

Pour entrer dans les diverses façons dont le professionnel se positionne « en tiers », nous passerons par différentes étapes, souvent sous la forme de questions.

La première concerne l'existence de triades et se demande si elle correspond pour autant à une forme stable, fonctionnelle et courante de l'interaction de secours. Comment le stationnaire y prend-il part ?

Comment le professionnel organise-t-il plus largement l'interaction pour que l'échange reste opérationnelle et efficace, malgré le fait que les requérants ignorent les procédures qu'il doit mettre en œuvre et qui réclament leur collaboration, et malgré la charge émotionnelle que la situation comporte pour eux ?

Face au risque de débordement et de blocage lié à un afflux imprévisible et protéiforme, il développe des réponses qui, tout en lui permettant de traiter la multitude, transforment l'interaction en une succession de cas. Comment ce découpage se traduit-il dans l'expérience du public et es rythmes inversée entre le public et le professionnel, qui nourrit l'écart de perspectives et la tension entre les deux parties.

Cette tension est renforcée par le fait que pour que les services publics d'urgence fonctionnent, il faut que les professionnels non seulement secourent, mais trient, évaluent, hiérarchisent et éventuellement rejettent les demandes. Comment tiennent-ils ce rôle auprès du public et avec quelles conséquences dans l'interaction ?

Dans un contexte dominé par la technicité du côté des professionnels, et par une requête spontanée, anxieuse et souvent émue, du côté des requérants, nous verrons comment les premiers sont amenés à poser un certain nombre de cadrages pour mener à bien l'échange malgré les écarts de connaissance procédurale, de perspective, de rythme et d'horizon normatif.

Ce cheminement, synthétisé en conclusion, nous permet de comprendre comment le professionnel du secours d'urgence se produit comme *tiers* et de faire ainsi le lien avec deux phénomènes transversaux essentiels de ces services : un contexte de tension omniprésent et un écart de perspective constant entre professionnels et public.

1. L'INTERACTION DE SECOURS, TRIADIQUE ET TIERCE

Même lorsque l'interaction parait duale (échange téléphonique entre un requérant et un stationnaire) la configuration la plus courante dans l'appel au 18 est qu'un tiers appelle au sujet d'un troisième, tandis qu'aux SAU le patient est presque toujours amené par un adulte, si bien qu'en général, le dialogue initial est triadique, impliquant trois participants potentiels. Voyons comment les interactions triadiques fonctionnent et d'abord, quelle est leur place dans l'accueil d'urgence.

Les situations triadiques sont très courantes dans les services d'urgences, où les professionnels ont à interagir avec en réalité, non pas un patient, mais le plus souvent au moins deux personnes : le patient et celui qui donne l'alerte ou, dans le cas de la pédiatrie, l'adulte qui accompagne le patient. Rappelons que nous avons laissé de côté les interactions entre professionnels parmi lesquelles, les situations courantes avec un patient, un médecin et

une aide-soignante ne constituent pas l'objet de l'étude, bien qu'il s'agisse à l'évidence d'une triade classique des services d'urgence[176].

Les situations de polylogue dans le cas des pompiers, et de polyade (coprésence de plus de deux personnes) dans le cas des SAU, correspondent à des dialogues à trois, et à des situations où le professionnel doit négocier son attention entre plusieurs personnes, plusieurs pôles ou plusieurs scènes.

Précisons, avec C. Kerbrat-Orecchioni, que le *dialogue* est la forme *générique* de l'échange quel que soit le nombre des protagonistes. Le *dilogue* est la forme du dialogue à *deux*, contrairement au *monologue* (conversation avec soi-même), au *trilogue* (trois participants) ou au *polylogue* (plus de deux participants)[177].

Les trilogues sont pour nous des situations clés compte-tenu de notre problématique : l'échange s'y retrouve distribué, partagé, voire dispersé ou même dissout, entre plus de deux, et d'une façon tout-à-fait différente au 18 (interaction téléphonique, courte et équipée) et au sein des SAU (coprésence, notion de durée).

La triade est-elle pour autant la forme la plus stable, la plus normale, la plus *typique* des interactions de secours ? Quelles sont les formes verbales utilisées dans ces triades ? La triade entraine-t-elle forcément un trilogue ?

---

[176] Nous pensons qu'un prolongement serait sans doute nécessaire sur les modes du « travailler ensemble », entre côtoiement, coordination, articulation et coopération plus ou moins hiérarchisée des différents représentants des professions hospitalières, autour du patient. Un éclairage des présences professionnelles et de leur articulation autour des patients pourrait utilement alimenter la réflexion sur la nature des interactions de secours s'agissant d'un ensemble de performances discrètes et subalternes mais toujours présentes assumées par des tiers parmi les professionnels. Nous traitons cependant des différentes présences et des rapport de statut entre professionnels du secours dans la partie sur les rythmes. Sur le fait que les situations sont rarement duales, voir A. Borzeix, *Langage & Travail, op. cit.*

[177] *Ibid.*, en particulier l'introduction, pour les différents contextes d'échanges trilogiques.

Nous allons d'abord tester l'hypothèse d'une structuration triadique relativement stable de l'interaction de secours et d'urgence en envisageant les différentes situations de *non-tiercéité* (absence de professionnel, d'accompagnant/donneur d'alerte, de patient…).

Nous verrons ensuite comment l'interaction triadique peut se déployer en SAU – terrain de la coprésence triadique parent-enfant-professionnel par excellence –, notamment en termes de positionnement des uns par rapport aux autres (coalitions) pour finalement mettre en évidence grâce à un retour sur le terrain des pompiers une autre figure de l'interaction triadique, celle du médiateur, sorte de figure inversée du « tiers-rempart », comme on le verra.

1.1. Quand la triade ne fonctionne pas

Afin de voir quelle est la pertinence de la triade dans les situations de secours, partons d'une triade de type patient-professionnel-tiers (un donneur d'alerte pour le 18 et un accompagnant pour les SAU) et envisageons-là successivement sans chacun de ses membres. Testons donc l'hypothèse d'une interaction de secours d'urgence sans parent, sans donneur d'alerte, sans patient ou sans professionnel en recherchant sur nos terrains des situations de ce type et regardons ce qu'elles nous disent le cas échéant sur la situation de secours.

1.1.1. En SAU, le parent introuvable

Il semble aller de soi en pédiatrie que c'est la famille, la mère en particulier, qui décide de venir aux urgences pour faire examiner son enfant, et qu'elle l'accompagne, souvent jusque dans le box. Elle est considérée par défaut comme *décisionnaire* et *présente*. C'est d'ailleurs pour cette raison que les services d'urgences pédiatriques constituent un véritable

« laboratoire de la tiercéité » : on s'attend à y trouver des professionnels, des patients et des parents, c'est-à-dire des triades.

Lorsqu'un enfant arrive seul, ce qui est rarissime, ou que l'accompagnant n'est pas un membre de la famille de l'enfant, ce qui est plus courant, le premier mouvement des professionnels est de s'étonner de l'absence des parents.

Un doute s'installe immédiatement sur le degré d'attention des parents ou sur la situation de l'enfant (fugue). Une sorte *d'itinéraire bis* par rapport à la norme se met en place alors systématiquement, parallèlement à l'amorce de la prise en charge, et non à sa suite, pour identifier et faire venir au plus vite le responsable légal de l'enfant.

Par delà l'évidence consistant à rappeler qu'on s'attend à ce qu'un enfant ait des parents, l'obligation faite aux services médicaux de contacter le responsable légal de tout mineur qui leur échoit et l'interdiction de laisser sortir un enfant en l'absence de ce responsable, montre clairement qu'*un enfant est avant tout sous la responsabilité de ses parents*. Et si la chose va sans dire en leur présence, leur absence révèle cette *subordination* avec acuité. Un enfant sans parents accessibles, c'est un patient d'une extrême vulnérabilité, et difficile à prendre en charge, juridiquement, et matériellement : interdiction de laisser repartir un mineur seul, nécessité d'autorisations pour une kyrielle de soins, besoins divers de l'enfant qu'il faut satisfaire et qui sont ordinairement couverts par les parents. Un enfant sans accompagnant, c'est un problème à résoudre urgemment, en soi, pour les professionnels, qui se font une priorité (déléguée à une élève infirmière) de lui trouver un adulte référent dans les plus brefs délais. Ce dernier n'aura de cesse de trouver sinon *le* responsable du moins *un* responsable (la police, un foyer d'accueil).

Dans l'intervalle, le service ne prend pas en charge seulement le patient, mais l'enfant : pas seulement sa morbidité mais son existence, sa subsistance, sa sécurité.

Face à ce cas de figure, c'est tout le champ de ses capacités et possibilités de subsistance qui se trouve brusquement actualisé.

La question de la morbidité n'est pas, dans ce cas de figure, la seule préoccupation des professionnels de ces services. Les enfants appellent une prise en charge qui ne se laisse pas résumer aux actes médicaux pratiqués. On perçoit comme la place de la famille auprès de ces patients-là est loin de ne représenter qu'un supplément affectif ou une adresse de facturation[178].

Le cas s'est ainsi présenté, durant nos observations en SAU, d'une fillette amenée aux urgences par ses tantes, et dont les parents étaient en Afrique : les problèmes administratifs et juridiques de la situation ont occupé le service pendant presque 2 heures, retenant le groupe bien après que l'enfant ait été soignée.

Cependant, ces cas sont rares et si l'on peut dire rapidement palliés : on trouve un tiers.

1.1.2. Le duo du stationnaire et du requérant

Environ 55% des appels sont passés par des tiers, et parmi les appels passés directement par la victime, une grande majorité concerne des victimes entourées, avec des personnes à proximité immédiate qui participent à la situation. Reste une fraction d'appels strictement dyadiques et dans le cas des appels au 18, l'absence de tiers existe donc.

Dans les cas où le danger est important, l'absence de tiers peut cependant poser un problème aux pompiers : celui du secours sur les lieux en attendant l'équipage. Il faut alors autant que possible permettre à l'appelant de s'aider lui-même, en le guidant pour qu'il

---

[178] La question qui se poserait alors dans le cadre d'un prolongement de la recherche sur la vulnérabilité consisterait à se demander dans quelle mesure les autres patients ne sont pas également pris dans ce type de problématiques. Ils le seraient de façon d'autant plus discrète que l'idée prévaut dans nos sociétés que l'adulte est autonome, à la différence de l'enfant et du grabataire pour lesquels un tiers est, du point de vue de l'institution, attendu et même, rapidement nécessaire.

effectue les gestes et prenne les mesures qui contiendront la crise en attendant les secours. Ce rôle est généralement dévolu à la « régulation médicale », qui réalise ce guidage à distance, maintenu parfois jusqu'à l'arrivée de l'équipage.

Concernant le cas particulier des enfants, quand, comme dans l'appel suivant, un enfant appelle et qu'il est seul, les pompiers considèrent cette absence d'adulte comme une anomalie qu'ils relèvent comme telle. Elle leur pose, tout comme aux SAU, un problème d'organisation. Elle entraine également une mobilisation inusitée de l'enfant comme acteur de sa propre prise en charge, celui-ci étant en effet, généralement, très peu acteur des situations de secours où il est présent dans la mesure où les professionnels s'adressent en priorité aux adultes présents[179].

Appel n°16

S : Pompiers bonjour
F : Ma sœur elle est tombée elle s'est ouvert un peu la tête
S : Elle a quel âge ta sœur ?
F : Elle a un an et demi (voix tremblante, très jeune fille)
[…]
S : On va venir la voir
F : D'accord
S : Attend, raccroche pas, tu vas me donner ton adresse
F : D'accord,
[…]
S : Et elle est où ta maman là ?
F : Ben, là elle est allée faire des courses.
S : Elle est allée faire des courses
F : Ouais, mais loin, elle va pas rentrer avant sept heures (il est dix-sept heures trente)
[Grimace du stationnaire]

Ce cas posera immanquablement un problème aux pompiers qui ne peuvent laisser un enfant seul, même une fois soigné, même au domicile. Il faudra donc non seulement secourir l'enfant mais aussi trouver, avertir puis rencontrer les parents. Tout au plus peuvent-ils laisser

179 Voir le chapitre spécifiquement consacré à cette question « Un personnage au statut ambigu : le patient », dans la seconde Partie.

les enfants à la garde d'un autre service (c'est ce qui se passe lorsqu'ils amènent un enfant seul aux urgences : ce sont alors les urgences qui ne pourront le laisser repartir et auront la charge de contacter un parent, de lui trouver un adulte *responsable*).

Quel que soit le service de secours concerné, l'enfance entraine le besoin *institutionnel* de tiers, et pas n'importe lequel : un tiers dûment identifié comme pouvant faire office de responsable.

On le voit, la présence active d'un tiers, passant ou parent, au côté du patient, n'est pas systématique, mais est la norme et est systématiquement recherchée quand le patient est un enfant. Les situations « avec enfant » sont par défaut triadiques.

Dans l'essentiel des cas, cependant, l'appel au 18 comprend un appelant, un patient, distinct, mais au coté de l'appelant, et le stationnaire. Le patient n'est donc pas directement adressé : soit le requérant alterne dilogues avec le stationnaire et avec le patient, soit stationnaire et requérant confèrent au sujet du patient, qui n'est généralement pas ratifié[180], compte tenu des contraintes matérielles de la conversation téléphonique, essentiellement dyadique.

1.1.3. L'enfant éclipsé

Si l'hypothèse de l'absence de patient dans la situation de secours n'est *a priori* pas possible, par définition, elle peut nous conduire à envisager des cas où le patient, bien que présent, est absent à l'échange. Dans les SAU que sous avons observés, il est souvent arrivé que l'enfant soit présent mais littéralement ignoré sur le plan dialogique. Dans les cas extrêmes, il n'est pas adressé et ne prend pas la parole. Le plus souvent, il participe simplement très peu, et essentiellement pour confirmer ce qui est dit. On pourrait se dire que

[180] Sur les différentes catégories de contraintes de la conversation, notamment systémiques et rituelles chez Goffman, voir E. Goffman, *Façons de parler*, Paris, Minuit, 1987.

c'est son immaturité qui explique qu'on lui parle peu : il serait trop jeune pour participer à la conversation à son sujet à bon escient. En réalité lorsqu'on observe les situations où le patient parle peu, elles n'ont que peu à voir avec son âge ou ses capacités communicationnelles.

Nous avons identifié à partir de nos observations trois cas de figures dans lesquels le patient reste plus ou moins en dehors des échanges à son sujet : le duo d'adultes, les « arrivées couchées » et les patients délirants.

1.1.3.1. Coopération entre adultes et éclipse du tiers-patient

Le premier cas est celui où le professionnel et le parent coproduisent un tableau clinique et des hypothèses à partir de tout ce que sait le parent, sorte d'enquête coopérative entre adultes s'estimant mutuellement compétents pour cette tâche, le récit de l'un alimentant le diagnostic de l'autre.

C'est paradoxalement le patient qui se retrouve exclu d'un duo principal constitué par le professionnel et le parent. Si l'on pense à T. Caplow[181], il est dans la position du tiers face à une coalition à deux-contre-un (ou plutôt, deux-face-à-un voire deux-pour-un).

L'enfant est alors relativement objectivé et l'on repense au texte de Goffman sur la métaphore du réparateur[182] auprès de qui l'on négocie la prise en charge de son enfant-patient. Il est important de préciser que cette configuration fonctionne : elle est stable, donne de bons résultats et satisfait le professionnel et le parent. Quant à l'enfant, c'est une autre question, comme nous le verrons.

Cette configuration consacre finalement le trio goffmanien réparateur/client/objet d'*Asiles*. Les trois acteurs sont présents et jouent une partition efficace : le professionnel

181 T. Caplow, *Deux contre un, op. cit.*

182 E. Goffman, *Asiles*, « post-face », *op.cit.*

enquête, le parent informe et coopère, le patient se tient à disposition, pour répondre et subir les examens…

Une variante, où le patient peut, également, s'exprimer, mais est en retrait de l'interaction principale, est celle que nous appelons « le tiers-rempart ».

1.1.3.2. Dilogue-débat autour du patient : le tiers rempart

Il s'agit de cas où l'accompagnant capte en quelque sorte l'échange et fait écran à ce que pourrait dire le patient (à la différence du duo d'adulte où c'est bien leur coopération qui escamote en quelque sorte la place discursive potentielle du patient).

Voyons la scène suivante, où l'accompagnant se positionne comme défenseur d'un patient qui serait maltraité par l'institution. Par sa forte présence dans l'interaction, il occulte celle qui pourrait avoir lieu entre le professionnel et le patient. En l'occurrence, cependant, les trois acteurs participent bien à l'échange et la patiente peut s'exprimer, mais l'essentiel des échanges portent sur elle ou visent à la défendre, et ne sont pas de son fait.

L'attelle : mercredi, 11h 30

Il s'agit d'une interaction à trois (la jeune fille, l'homme et l'infirmière). Un homme d'environ quarante-cinq ans accompagne une « grande » de 15 ou 16 ans qui s'est cassé un orteil. L'infirmière d'accueil les a reçus puis un médecin les a conduits dans un box et a examiné la jeune fille. Il demande à une infirmière de faire une attelle, en l'occurrence une sorte d'attelle spéciale pour les petits os des pieds, c'est-à-dire un bandage de l'orteil cassé avec l'orteil voisin.

L'homme et la jeune fille attendent dans un « box » (salle de soin, d'environ 6 m² avec un minimum d'équipement : une paillasse, des produits et du matériel médical, un évier). Elle est assise dans un fauteuil roulant.

Le médecin est sorti du box depuis plusieurs minutes quand l'infirmière arrive et que la scène débute :

1. Infirmière : à la jeune fille « bonjour ! »
2. A l'accompagnant : « bonjour, monsieur. Le docteur vous a dit ? Donc l'orteil, le petit (elle montre la radio) est cassé, donc on va mettre une attelle »
3. L'homme ne répond pas. A la jeune fille « ça va ? Comment tu t'es cassé l'orteil ? »
4. La jeune fille, en riant : « je me suis cogné contre le trampoline, je sais pas comment j'ai… »
5. Infirmière, à l'accompagnant : « vous êtes le père ? »
6. L'homme : « non »
7. Infirmière : « l'oncle ? »

8. L’homme : « non plus »
9. Infirmière : « bon… »
10. L’homme : « on aimerait bien sortir »
11. L’infirmière : « oui, je lui fais…. Et elle pourra sortir »
12. L’infirmière place les pieds de la jeune fille sur les reposoirs du fauteuil « ça ira mieux comme ça » et manipule le doigt cassé et l’orteil voisin, elle les bande ensemble avec une bande élastique épaisse et rigide. Le soin bouge l’os cassé.
13. La jeune fille : « ça fait mal ! »
14. L’infirmière : « ah oui, par contre ça va faire mal ; il faut toucher à l’orteil pour le faire tenir avec l’autre orteil »
15. La jeune fille grimace de douleur mais sourit. Le soin dure moins de deux minutes. Elle remercie l’infirmière. Une fois le pansement terminé :
16. L’homme : « et il faut le changer ? »
17. L’infirmière : « non, pas la peine »
18. L’homme : « ah bon ! On ne change pas le pansement ? ! »
19. L’infirmière : « ce n’est pas un pansement, c’est une attelle »
20. L’homme : « on m’avait dit, le docteur m’avait dit, il nous avait bien dit qu’elle aurait une attelle. Ca, c’est pas une attelle »
21. L’infirmière : « vous voulez dire une attelle là, en acier ? Mais vous voyez c’est trop grand pour le pied. Pour les orteils on ne prend pas une attelle en métal. On colle ensemble deux orteils et ça fait une attelle. Sinon elle ne pourrait pas marcher »
22. L’homme : « oui mais le docteur avait bien dit une attelle »
23. L’infirmière : « c’est ça, l’attelle, monsieur »
24. L’homme : « comment elle fait pour se laver ? »
25. Infirmière : « pas le pied »
26. La jeune fille : « mon frère s’est cassé souvent le pied il m’expliquera »
27. L’homme : « mais il faut qu’elle se lave quand même »
28. Infirmière : « tu fais attention, pas d’eau sur le bandage. Si… si vraiment il commence à partir, ou il est mouillé, tu vois, tu montres à ton médecin et à ce moment là il le refera, mais normalement ça tient bien»
29. L’homme : « vous ne lui donnez rien ! ? »
30. Infirmière : « non, ce n’est pas nécessaire »
31. L’homme : « une pommade ? »
32. Infirmière : « non rien »
33. L’homme : « mais elle a mal »
34. Infirmière : « c’est normal. Elle s’est cassé le pied »
35. A la jeune fille : « tu veux quelque chose ? On t’a donné un doliprane en arrivant ? »
36. La jeune fille : « euh, non… »
37. Infirmière : « tu avais mal en arrivant ?»
38. La jeune fille : « non pas trop »
39. Infirmière : « bon, je t’apporte un doliprane et après tu pourras partir »
40. L’homme maugrée.
41. L’infirmière sort et me dit : « quand ils arrivent on essaie d’évaluer leur tolérance à la douleur ; là, elle n’avait pas mal. Mais maintenant elle a mal »
42. L’infirmière apporte un doliprane.
43. L’homme : « c’est tout ? Elle a pleuré ! Elle a très mal, là ! Vous lui donnez rien d’autre? Une pommade ? »

44. Infirmière : « non monsieur, je vous ai expliqué, une pommade ça ne sert à rien. Parce que vous voyez, l'orteil est cassé… »
45. L'homme : « non mais ça j'ai compris, c'est pour, parce qu'elle souffre, et le docteur avait dit une attelle »
46. L'infirmière : « elle prend un doliprane quand elle a mal, pas plus de quatre par jour, c'est tout »

On assiste dans cette scène à une interaction triadique complète, dans laquelle chacun s'exprime. Elle comporte une part de confrontation et de négociation. Elle illustre enfin comment l'infirmière partage sa parole et joue de la possibilité de changer d'interlocuteur. On remarque d'abord le passage du tutoiement spontané envers la patiente au vouvoiement envers l'homme qui l'accompagne. L'infirmière est ensuite d'autant plus chaleureuse avec la jeune fille qu'elle devient sèche avec l'homme qui, de son côté, initie et persiste dans une forme d'opposition et de contestation à peine cordiale (l. 5 à 9). Il manifeste un ton énervé, excédé et mécontent, dès le premier échange. En l'occurrence, quand l'infirmière arrive, il considérait déjà avoir trop attendu et sans que la douleur n'ait été traitée. Le type d'attelle réalisé ne fait que renforcer son sentiment négatif à l'égard de la prise en charge et du service, dont l'infirmière en tant que représentante et partie prenante, fait les frais.

La structure principale est celle d'une tension de type « débat » entre l'accompagnant et l'infirmière : la patiente intervient de façon mineure et marginale, généralement pour accompagner ce qui est dit (« mon frère… m'expliquera » ; « tu avais mal ? non, pas trop », sourires, remerciements) plutôt que pour infléchir les décisions en cours de formation ou prendre parti pour l'un ou l'autre des deux protagonistes.

Le dialogue se fond en un trilogue (dialogue à trois), ou du moins en paires de dilogue, impliquant bien les trois protagonistes au tour par tour. On a 13 échanges entre la jeune fille et l'infirmière, 27 entre l'accompagnant et l'infirmière et aucun entre la jeune fille et

l'accompagnant en présence de l'infirmière[183]. Ceci correspond bien à la prévalence d'échanges entre adultes, plutôt qu'avec le patient enfant (aurait-il plus de 15 ans), et à un échange où l'accompagnant, très actif dans la discussion, a l'initiative de nombreuses questions et revendications.

On constate ainsi que l'homme défend seul les intérêts qu'il croit être ceux de la jeune fille : elle ne dit rien, ne conforte ni ce qu'il dit, ni ce qu'il demande, ne demande rien directement pour elle-même et ne confirme même pas ce qu'il affirme la concernant. Il se pose en défenseur et en porte-parole, alors même que la jeune fille est présente et capable de s'exprimer.

On voit d'ailleurs que l'infirmière passe d'une situation où elle parle de la patiente à l'homme à une adresse directe à la patiente, court-circuitant, de fait, l'homme et ses revendications. Ce type de réaction, en cas de litige avec l'accompagnant, est assez fréquent : le professionnel se tourne vers le patient, qui est aussi *in fine* le principal intéressé, pour trancher. Ce changement de partenaire dialogique permet de desserrer une interaction devenue d'une façon ou d'une autre gênante (trop longue, trop intense…). Il peut d'ailleurs aussi représenter une respiration, dans des échanges appelés à se poursuivre[184].

Ce cas est typique d'une certaine configuration interactionnelle aux urgences, où le tiers entreprend de mener, assumer et concentrer l'essentiel des échanges avec l'institution et la totalité des négociations, le cas échéant. En présence de ces « tiers-rempart », les professionnels peuvent avoir tendance – sans que les choses soient formulées ni analysées ainsi spontanément – à les faire sortir durant l'entretien médical ou les examens. Ils invoquent

---

183 Le schéma donne : I/jf ; i/a ; i/jf ; jf/i ; i/a :a/i ; i/a ; a/i ; i/a ;a/i ;i/a ;jf/i ;i/jf/ ; jf/i ;a/i ;i/a ;a/i ;i/a ;a/i ; i/a ;a/i ;i/a ;a/i ;i/a ; jf/i ;a/i ;i/jf ;a/i ;i/a ;a/i ;a/i ;i/a ;i/jf ; jf/i ;i/jf ;jf/i ;i/jf ;a/i ;a/h ;a/i ;a/h.

184 Le trio offre ainsi des possibilités de *switching bien décrites in* C. Plantin et C. Kerbrat-Orecchioni, *Le trilogue*, *op. cit.*

deux raisons principales : parvenir à réaliser les gestes douloureux sans devoir aussi se préoccuper de la réaction des tiers (stress, évanouissement ou interposition) ; certains expliquent plus simplement qu'ils sont « plus tranquilles sans les parents ». L'autre raison, qui n'est jamais donnée directement aux parents, est de ménager un tête-à-tête avec le patient pour lui permettre de s'exprimer et de répondre aux questions par lui-même, lorsque le parent est « trop présent ». La difficulté pour le professionnel est que le tiers-rempart est à bien des égards un tiers-obstacle…

D'autre part, le tiers-rempart envisage, par ce rôle de défenseur, le professionnel comme un adversaire ou une menace, ce qui revient en quelques sortes à retenir la *tiercéité* de ce dernier contre lui. Le tiers-remparts met en concurrence les degrés d'engagement auprès du patient et indique par sa défiance et sa position de défenseur que le professionnel est finalement trop extérieur pour avoir les attentions d'un proche… Le professionnel joue de son côté de sa tiercéité pour se positionner en lisière de la sphère privée et du registre familier, et pouvoir tantôt s'en éloigner, tantôt s'en rapprocher, selon les situations.

Il est intéressant de voir que dans ce cas de figure, le professionnel, pleinement confronté à son intégration dans une triade problématique, tente de réinstaurer des dyades, afin de rétablir le lien qui doit rester principal, entre lui et le patient. Ce qu'il ne fait pas lorsqu'il est pris dans un rapport de coopération entre adultes compétents, alors même que le patient est tout aussi occulté en tant qu'interlocuteur…

1.1.3.3. Le patient non ratifié

A l'extrême du cas du patient-objet, disponible et silencieux, on trouverait d'une part les personnes inconscientes de l'autre les patients délirants.

Ces patients sont nécessairement amenés par des tiers, le plus souvent des professionnels (ambulancier, pompier etc.) avec qui sont menés les échanges initiaux, suivant

un rodage spécifique et efficace, entre quasi-collègues[185]. L'interaction correspond d'ailleurs à un coupe-file et une prise en charge immédiate, tant pour parer à l'urgence que pour « libérer les collègues ». Puis l'infirmier d'accueil recherchera le cas échéant un proche à appeler, et la triade patient-proche-professionnel classique des urgences pédiatriques sera reconstituée.

Quant au patient délirant ou alcoolisé, sa parole est *déchue* : elle n'a plus aucune force illocutoire[186] pour les professionnels, qui peuvent être amenés en revanche à la traiter en symptôme.

Dans les deux cas, ce sont des patients présents, mais dont la parole n'est plus ratifiée, contrairement au cas précédent de l'enfant silencieux. Ceci conduit à souligner tout le poids de l'entourage dans ces cas, puisque le principal intéressé ne peut alimenter l'interaction à son sujet.

Nous avons vu que si le patient est par définition, au minimum, à l'arrière-plan des interactions de secours, lorsqu'il s'agit d'un enfant, le tiers peut prendre beaucoup de place, au point de l'éclipser partiellement.

1.1.4. Le professionnel déqualifié

Voyons enfin la troisième hypothèse, celle de l'absence de professionnel, *a priori* aussi improbable dans la situation de secours d'urgence que celle d'un patient.

---

185 Il manque un terme plus spécifique pour désigner ces relations interinstitutionnelles entre professionnels de services différents coopérant régulièrement. Ces coopérations interinstitutionnelles sont pourtant une réalité sociale qui traverse à peu près tous les services publics et posent quantités de question y compris en terme de relation statutaire et de répartition des rôles et des tâches, comme on le verra pour le cas des pompiers avec les autres services d'urgence, entre reconnaissance, concurrence et critiques.

186 C'est-à-dire le pouvoir d'être cru et suivi, en général, le pouvoir de faire agir à travers ce qui est dit, dans le cas particulier des énoncés performatifs, cf. J. L. Austin *in Quand dire, c'est faire, op. cit.*

Il est évident qu'une interaction de secours et d'urgence comporte au minimum un professionnel des secours, au 18 comme en SAU, au risque sinon d'un échec de l'interaction lorsque les gens repartent sans voir de médecin, appellent un numéro d'urgence qui sonne dans le vide ou débouche sur un répondeur automatique... ces situations rarissimes seraient d'ailleurs considérées par les patients comme inacceptables : on attend des services d'urgence (en particulier des services *publics* d'urgence[187]) une accessibilité et continuité formelle. Quant aux appels non décrochés au 112/18, ils sont comptabilisés par le CCOT et l'amélioration du nombre d'appels décrochés est un objectif constant.

Un manque d'effectif peut néanmoins se traduire en termes de délais de prise en charge, surtout dans les SAU, lorsque le nombre de patients excède les possibilités de traitement de l'équipe médicale et soignante présente à l'instant T. On peut, en période d'épidémie, atteindre des temps d'attente avant premier examen médical de plus de 5 heures. Se posent alors des problèmes médicaux, mais aussi de simple intendance alimentaire, et surtout des difficultés avec des familles excédées, une explosion des prises à partie, esclandres, départs malheureux (lorsqu'un patient repart avant d'avoir été examiné alors que l'infirmier d'accueil considère que des soins urgents sont nécessaires), etc.

En dehors, donc, d'une véritable absence de professionnel, regardons si d'autres situations mettent sa présence en question.

Il peut arriver que le professionnel soit dénié, c'est-à-dire, ne soit pas traité ou accepté comme tel. La personne du professionnel est présente, mais n'est pas considérée *en tant que professionnel* dans l'interaction. Deux cas de figure opposés peuvent y correspondre : celui où le public joue la carte de la familiarité avec le professionnel, pour tenter de faire basculer l'interaction du côté d'une relation d'interconnaissance, a priori plus conciliante. Cette

---

[187] Ces dernières années, même les jours de grève, les équipes maintiennent une activité minimale, des grévistes dans certains services se signalant symboliquement en grève au moyen d'un brassard tout en assurant leur garde. Ce fut notamment le cas en septembre 2010 au service d'urgence du CHU de Rouen.

stratégie part de l'idée qu'il pourrait y avoir deux voies d'accès au service demandé, l'une formelle et impersonnelle, au risque d'être classé comme non prioritaire et de devoir attendre, dans le cas des SAU, et l'autre *réchauffée* et ouvrant des privilèges. On le verra dans la partie consacrée aux cadrages, c'est peut-être le propre du positionnement des professionnels dans l'interaction de secours d'urgence que de maintenir un échange *tiers* : impersonnel, équitable et indépendant, jusque dans ses règles d'accès au secours, de tri, de hiérarchisation des cas et de refus.

L'autre cas, inverse, où la place du professionnel dans l'interaction est problématique, est celui où ses qualifications et son droit à pratiquer dans la circonstance ne sont pas reconnus. Ce peut être le cas de parents exigeant que leur enfant soit examiné seulement par une femme, ou un homme, blanc, noir, etc. Ce type de situation ne s'est jamais posé en notre présence.

Il est arrivé en revanche souvent que le personnel soit traité de raciste, mettant en doute leur *professionnalisme,* c'est-à-dire leur devoir d'égalité et d'impartialité (leur donnant alors le rôle de *juge impartial* dévoyé, si nous le repensons dans les catégories de tiers de G**.** Simmel). Il est arrivé également que le professionnel soit *réduit* à, ou *dans* sa qualité professionnelle : exiger de voir un médecin face à une infirmière, une infirmière face à une aide-soignante, un spécialiste face à un médecin généraliste et un « vrai médecin » (c'est-à-dire quelqu'un de plus âgé, en fait) face à un interne, etc. On met alors en doute leur compétence particulière eu égard à leur rang… sans être habituelles, ces situations-là adviennent couramment[188]. Les infirmiers d'accueil ont ainsi un rôle décisionnel important,

[188] Il y aurait à ce sujet un travail tout goffmanien à faire sur la distinction entre ordinaire et quotidien dans les activités qui donnent lieu à u très grand nombre d'échanges quotidiens. À quel point ce qui n'arrive aux urgences qu'une fois par jour, soit dans 1/250e des cas, mais quotidiennement, compte-t-il dans l'expérience collective du service?

pour le patient comme pour la structure, de *gate keeper* faisant sortir ou entrer les patients, et mobilisant ou épargnant les médecins en fonction de leur jugement sur l'état du patient et l'endurance des familles. Ce rôle peut donner lieu à une déférence marquée, à toutes fins utiles, mais aussi être contesté ou dévoyé. « Je veux vois un médecin », « allez chercher un médecin », « je veux parler à un médecin », « non ne le touchez pas», etc. À travers ces phrases, le *gate keeper* est alors traité comme un « portier ».

D'autre part, le statut d'infirmier ou d'aide-soignant, est toujours vulnérable à sa position de subordination par rapport au médecin. Le passage de l'attelle l'illustre de deux manières. On y voit la relative offense faite à l'infirmière, à qui l'homme refuse de rendre son salut – en représailles pour la longueur de l'attente, manifestement – et le rappel systématique de sa condition d'infirmière devant exécuter la prescription du médecin. Elle a beau expliquer et se justifier, elle y est de nouveau confrontée à la fin de l'échange.

Dans cette scène, elle est ainsi privée des civilités minimales au nom de son statut de représentante de l'institution qui a fait attendre l'accompagnant, et désignée comme subalterne d'une manière qui met en doute ses propres décisions, opposées à celles d'un médecin.

Si l'on reprend à présent les différentes hypothèses où l'un des trois membres de la triade manquerait, il apparaît que l'absence de trio est finalement rare, généralement problématique, et palliée. Autrement dit, la forme normale des interactions de secours semble être la triade. Il apparaît aussi que dans le cadre de trios, la répartition des places et l'intensité de la participation de chacun est elle-même mouvante, variable et significative.

Regardons donc quelles sont ces configurations triadiques à partir des situations que nous avons rencontrées sur le terrain.

1.2. Triades et configurations

Nous pouvons, en nous appuyant sur les modèles de triades caplowiens et simmeliens, tenter d'analyser certaines des configurations triadiques aux urgences en termes de coalitions[189], entre patient et tiers *contre* le professionnel, entre patient et professionnel *contre* le tiers, entre professionnel et tiers *contre* le patient, ou à son sujet. Cependant, les modèles de médiation ou de coalition, y compris celui Caplow (8 catégories de coalition) peuvent-ils rendre compte de tous les types de trios ? Le cas, qui se présente souvent dans les appels au 18, où un *quidam*[190] alerte les pompiers au sujet d'un inconnu relève-t-il d'une coalition? Le donneur d'alerte anonyme demande à être analysé plus en détail et n'entre pas parfaitement dans les schémas simmeliens de juge impartial, troisième larron ou diviseur, ni dans les coalitions de T. Caplow. Les situations les plus courantes sont en fait celles qui mettent le patient en *mode mineur*[191], celles où le tiers se pose en défenseur du patient (mais pas forcément en rempart, qui n'est qu'un cas particulier) et la coalition du professionnel et de l'accompagnant au sujet du patient. Nous verrons enfin qu'existe aussi une autre forme triadique : la médiation, plutôt décrites chez Simmel.

Précisons cependant dès maintenant que tout ne se résume pas à savoir « qui fait quoi à qui », en termes d'alliance ou d'opposition. La figure du tiers peut certes, comme nous allons le voir, s'aborder sous cet angle[192] mais au-delà des catégories de la coopération ou du conflit, existe un autre régime de mobilisation, le « faire pour » : ses frontières, ses degrés

---

[189] Voir T. Caplow, *Deux contre un*, Paris, Armand Colin, 1971.

[190] Pour reprendre notamment l'expression de C. Gayet-Viaud in « du *quidam* au SAMU social : le rôle de l'institution dans la façon d'équiper la volonté de donner », *Revue du MAUSS*, n° 35, 2010, article que nous utilisons dans la seconde partie et sur lequel nous revenons.

[191] Nous pensons ici à nouveau à l'expression d'A. Piette *in Le mode mineur de la réalité. Op. cit.*

[192] Auquel on associe sans plus développer la théorie des jeux, cf. par exemple le « dilemme du prisonnier » in N. Eber, *Le dilemme du prisonnier*, Paris, La Découverte, 2006.

d'engagement, ses limites, ses règles et ses manières de faire. Le chapitre consacré au *care* abordera dans la seconde Partie cet autre versant de l'activité de secours.

1.2.1. Coalition tiers-patient

Si nous empruntons à la sociolinguistique, compte tenu du matériau étudié ici, certains de ses outils pour aborder ces triades, le trilogue de type *argumentatif*[193], correspond assez bien aux situations de premier contact avec un service de secours. Ce sont en effet des situations interactionnelles où le professionnel joue le rôle de celui qui pose les questions, les deux autres se répartissant diversement la parole.

Pour C. Plantin, la structure de ce type de trilogue articule trois modalités discursives : l'opposition, la proposition et la question, tenues respectivement par l'opposant, le proposant et le *tiers*. Les trilogues sont en fait assez divers aux urgences ; ils ne correspondent pas seulement à ce schéma. Cependant, il fonctionne très bien pour une partie importante des échanges trilogiques dans lesquels il y a débat, négociation ou désaccord entre les membres et généralement, entre un tiers accompagnant et le professionnel. Cette structuration se retrouve particulièrement à l'accueil lorsqu'un parent ressort de la salle d'attente après un temps plus ou moins long pour faire accélérer son passage et se plaindre de la trop longue attente.

Elle correspond assez aussi au cas de l'attelle décrit supra où l'on a plutôt un opposant (l'homme), un tiers qui est en même temps proposant (l'infirmière), et la patiente, qui est à la fois le sujet de la conversation des deux autres, et en situation de répondant. Il serait excessif

[193] On trouve un exemple de trilogue argumentatif chez M. Doury décrivant une interview entre un journaliste et deux invités dans le cadre d'un débat radiophonique. Cf. M. Doury, « Duel sur la cinq : dilogue ou trilogue ? », *op. cit.* Voir aussi C. Plantin, « Fonctions du tiers dans l'interaction argumentative » ; M. Marcoccia, « Les interviews de couple, réflexion sur le rôle de porte-parole » ; M.-F. Antona, « Typologie des trilogues dans les émissions de plateau », *in* C. Kerbrat-Orecchioni et C. Plantin *Le trilogue op. cit.*

de parler ici de coalition tiers-patient car la jeune fille ne soutient jamais l'accompagnant qui prétend néanmoins parler pour ses intérêts et en son nom. Pourtant, posant les choses de cette manière et incarnant l'adulte accompagnant, il est traité ainsi par l'infirmière qui tentera, elle, de scinder explicitement la coalition en amenant la jeune fille à prendre position.

En dehors des cas où un tiers vient défendre les intérêts du patient contre le service d'urgence, on voit parfois, dans les services d'urgence, des parents faire dire à leurs enfants d'ostensibles contre-vérités. Il s'agit par exemple de bénéficier d'une visite médicale familiale, une sorte de check-up à toutes fins utiles, sans rendez-vous, aux urgences.

Ces situations, rares, correspondent à une organisation de l'interaction sous la forme d'une coalition tiers-enfant versus professionnel : le groupe parent-enfant mène une stratégie qui vise le professionnel, afin de l'amener à examiner la famille à partir d'un mensonge et de faux symptômes, mimés avec plus ou moins de conviction par l'enfant préalablement entrainé.

Le plus souvent, nous assistons surtout à des situations assez proches, dans lesquelles accompagnant et patient s'accordent autour du problème du patient et tissent avec le professionnel une relation d'échange d'information et d'enquête conjointe, sans stratégie particulière *a priori*. Il y a bien un groupe du patient d'un côté, un groupe des professionnels de l'autre, mais sans qu'il soit nécessaire de parler de coalition, avec la connotation activiste qu'elle comporte.

Certain des appels au 18 présentent cependant de véritables coalitions entre appelant et bénéficiaire, l'enjeu étant d'amener le stationnaire à envoyer les pompiers.

Appel n°17

S : Oui, les pompiers
G : Allô bonjour (voix jeune)
S : Bonjour
G : Euh… je suis resté dehors là, chez moi euh la clef elle est restée à l'intérieur de ma maison et on n'a pas la clef
S : Mmm et j'ai déjà eu ton papa je crois hein je lui ai dit qu'on n'intervenait pas pour ça
G : Et pourquoi ?
S : Parce qu'on n'intervient pas pour ça, faut appeler un serrurier, c'est pas le travail des pompiers, c'est le travail d'un serrurier
G : … euh et et mon petit frère ? Il va faire quoi, il est tout seul à l'intérieur ?
S : Ah, ton petit frère est à l'intérieur maintenant ? Et il a quel âge ton petit frère ?
G : Il a deux ans
S : Deux ans et qu'est ce qui fait tout seul à l'intérieur de l'immeuble ? A l'intérieur de l'appartement ?
G : Il dort
S : Il dort ? Bon alors tu vas expliquer à ton papa que je vais lui envoyer les pompiers
G : Oui
S : Et si y a personne à l'intérieur de l'appartement, il a une amende de 1500 euros, alors il me dit tout de suite si ton petit frère, il est à l'intérieur ou pas.
H : Vous voulez pas m'ouvrir la porte ? !
S : Pardon ?
H : C'est que, vous voulez pas nous ouvrir la porte ?
S : Alors, y a un enfant à l'intérieur ou pas ?
H : Y a pas d'enfant
S : Bon alors on n'intervient pas pour ça. Au revoir.

Dans cet appel un peu particulier, puisqu'il s'inscrit dans une série d'appels au sujet du même problème et file une négociation en trois actes, on voit une coalition parent-enfant visant à convaincre les pompiers de se déplacer malgré un premier refus. S'ajoute une variante qui est l'instrumentalisation de l'appelant par le bénéficiaire, qui reprend la main (16) lorsque la négociation grippe et que la situation se complique (15). Les coalitions appelant/bénéficiaire contre pompier sont courantes dès que le motif est litigieux et qu'il y a tentative de négociation. En l'occurrence, le pompier repère la coalition, devine le stratagème et le démasque. Nous retrouverons des coalitions de ce type dans le cas courant de « chats perchés » émouvant les passants, qui appellent à tour de rôle et renforcent collectivement leur mobilisation et leur stratégie à mesure que le temps passe, et que le chat miaule. Un autre cas rencontré est celui où, dans un ascenseur bloqué avec plusieurs personnes dedans, le groupe

réagissant comme un collectif, organisant appels et rappels aux pompiers et à l'ascensoriste[194]).

1.2.2. Les appels « contre » un proche, une « coalition » contre le patient ?

Les pompiers ont souvent à faire face à des demandes de contention, d'internement ou simplement de protection, qui mettent à l'épreuve un cadre comme celui des coalitions de Caplow. L'appelant cherche clairement un soutien chez les secours, pour l'aider face à un problème posé par le bénéficiaire primaire de ces secours, ce qui peut faire penser à une coalition escomptée par l'entourage du patient, de type « professionnel-requérant vs patient ». Le requérant est alors en quelque sorte un bénéficiaire secondaire de l'intervention, car si les secours emmènent le bénéficiaire primaire, ils en seront du même coup protégés.

L'approche par la coalition ne peut approcher que très superficiellement et dans un temps très court (celui de l'éloignement physique forcé), ce type de situation, et de secours. Les modèles du *care,* en revanche, peuvent nous aider à analyser plus finement ce type de configurations, comme nous le verrons dans la seconde Partie. Elles mettent en outre à l'épreuve le cadre de l'intervention des services et de là, leur définition du secours, et du soin. Si les patients psychotiques violents, par exemple[195], sont, d'un point de vue médical, parfaitement légitimes à se présenter aux urgences, ce sont des situations presque systématiquement refusées par les pompiers, qui les « refilent » au SAMU[196] ou dirigent vers la police. Il y a là une différence notable entre pompiers et urgences hospitalières, concernant les crises violentes et familiales. Nous allons voir que le refus d'intervenir des premiers fixe

194 Tous les exemples insérés ou simplement mentionnés dans le texte sont retranscrits en annexe.

195 Comme dans une scène que nous avons observée dans un SAU, voir le chapitre correspondant : « Le secours d'urgence et l'entourage face au patient violent » dans la Seconde partie.

196 Selon l'expression d'un médecin dans un SAU.

une limite aux interventions qu'ils veulent bien offrir dans les situations critiques. Ce point distinctif entre pompiers et SAU nous aidera à amorcer une définition des caractéristiques spécifiques du type de tiercéité qu'ils peuvent offrir, opposer, et en tout cas construire autour de leur intervention.

1.2.3. Coalition professionnel-patient

La configuration de type « professionnel-patient vs tiers » est un cas qui n'est jamais survenu durant nos séjours sur le terrain, mais les professionnels nous ont rapporté des scènes de violence où le patient en appelle au professionnel pour le protéger ou prendre son parti contre celui qui l'accompagne (bagarre : la personne blessée arrive accompagnée de celui avec qui elle s'est battue). Il arrive également que le professionnel décide de séparer et de protéger le patient de l'accompagnant (suspicion de violences intrafamiliale en particulier)[197].

On ne rencontre pas cette configuration dans le cas des appels aux pompiers. La parole ne circule pas vraiment entre victime, appelant et pompier au moment même de l'appel. On a plutôt un dialogue principal appelant-stationnaire, et parfois des dialogues périphériques entre le pompier et la salle d'un côté, entre l'appelant et les gens qui l'entourent, notamment l'éventuelle victime, de l'autre.

Un cas, pourtant, s'en rapproche. Dans l'appel suivant, on voit le stationnaire tenter de mettre en place une mesure visant à obliger le tiers, en ligne, à prendre soin de la victime le

---

[197] Dans d'autres enquêtes, cette configuration est au contraire présente : notamment dans l'accueil aux urgences de femmes victime de la violence de leur conjoint, qui se trouve être aussi l'accompagnant… Dans ces cas, et dans certains hôpitaux, s'il y a suspicion de violence, on soustrait la patiente à son conjoint sous divers prétextes et on l'hospitalise, avec son accord, pour lui donner un « répit », selon la terminologie en vigueur, répit qu'elle peut présenter à son compagnon comme une nécessité médicale mais pendant lequel elle pourra, hors de sa présence, décider éventuellement d'une stratégie ou d'un éloignement. Cf. F. Chave, C. Morvant, *Evaluation de la prise en charge médicale des femmes victimes de violence conjugale et recommandations,* Commission Européenne, 2003.

temps que les pompiers arrivent (toutes proportions gardées, il s'agit de le garder « au chaud » dans une pharmacie). Le terme de coalition pompier-victime est trop fort ici, puisque la victime n'a pas conscience d'être aidée, et qui plus est, ne demande pas l'intervention des pompiers. Pourtant le stationnaire semble défendre la victime contre la pharmacienne qui cherche à fermer boutique. Au-delà de cet appel, nombreux sont les cas où le pompier agit en faveur de la victime tout en prenant ses distances avec les faits et gestes du donneur d'alerte, considérant que le donneur d'alerte a « mal réagi » ou « n'en fait pas assez ».

Appel n°20 : Client malade de la pharmacie

S : Les pompiers
F : Oui bonsoir monsieur, pharmacie générale sur la place de l'Europe à Colombes, je vous appelle parce que voilà, on a un client qui respire très très mal, qui est asthmatique, qui fait des dyspnées, on entend qu'il est très très encombré il doit avoir beaucoup de mucus sur les bronches, bon il est sous ventoline, sérétide, tout le tralala il en a pris, quand même, ça a pas…
S : D'accord ! Place?
F : Voilà
S : Place de l'Europe ?
F : Place de l'Europe à Colombes
S : Dans la pharmacie
F : Non, il sera devant parce qu'on va fermer, nous, donc en fait il est avec un ami, il voulait l'emmener à l'hôpital, mais lui il se laisse pas faire, il veut pas y aller, donc si vous venez et que vous l'emmenez de force, il pourra rien dire, il faut vraiment qu'il aille aux urgences, quoi
S : Et vous n'allez pas le… le temps qu'on arrive, vous n'allez pas le laisser au chaud. Vous allez le mettre dehors.
F : Ben, non, non, nous on ferme dans dix minutes, mais euh vous mettez combien de temps, dix minutes ?
S : Ben moins que ça, d'habitude
F : Bon ben voilà, donc on sera encore ouvert
S : D'accord
F : Voilà, au revoir monsieur
S : C'est ça

Il s'agit d'une catégorie de situations où l'appelant, comme dans le cas précédent, cherche à se débarrasser d'un problème qui est aussi une personne, en la « refilant » (sic) aux pompiers – du moins est-ce ainsi que le stationnaire interprète la situation. Dans ce cas, le pompier considère que le patient est lésé par l'appelant (doublement : emmené de force à

l'hôpital en instrumentalisant les pompiers, et mis dehors). Le cas est d'autant plus dérangeant pour le stationnaire que le 18 évite autant que possible, comme on l'a vu, de transporter des personne qui ne le souhaitent pas, et de jouer « le rôle de la police ». Ici, le cas est ambigu : pas de quoi prévenir la police, mais une détresse respiratoire patente (avis informé de la pharmacienne) et un patient récalcitrant qui ne veut pas aller aux urgences. La solution de la pharmacienne (« si vous l'emmenez de force il pourra rien dire ») excède le pompier, qui va tout de même envoyer les pompiers, une détresse réelle justifiant toujours de se déplacer, à charge pour les pompiers sur place d'évaluer l'état du patient et de le convaincre d'être emmené aux urgences. En l'occurrence, le stationnaire est convaincu que ce qui dérange vraiment la pharmacienne est l'attitude rebelle d'un patient difficile (un « cassoc' » comme on le verra), qui leur fait craindre des problèmes et dérange la clientèle.

Le sentiment d'être instrumentalisé et utilisé est important, chez les pompiers comme aux urgences. Dans le cas des pompiers, il s'agit le plus souvent de personnes qui cherchent à faire transporter, à éloigner ou à calmer par leur présence imposante, quelqu'un qui leur fait peur, ou qui tentent de se faire rendre des services gratuits par les pompiers, aux frontières de leurs attributions (ouvrir une porte, couper l'eau, le gaz ou l'électricité, délivrer un chat perché, éloigner un chien ou se débarrasser d'un essaim, etc.).

En SAU, il s'agit plutôt d'un ensemble de demandes de l'ordre de la visite médicale sans rendez-vous : visite de contrôle, petits problèmes plus ou moins anciens, problème de santé léger en week-end ou en soirée. S'y ajoutent les tentatives d'obtention de pièces justificatives (interruption de travail temporaire, certificat de traumatismes, de coups et blessures ou simple preuve d'un passage par les urgences, etc.) dans le cadre de procédures diverses, allant de l'arrêt de travail, à la constitution d'un dossier à charge pour un divorce ou au remboursement de billets de l'avion qu'on ne veut plus prendre… Les réactions observées sont sans complaisance : refus catégorique, ton froid, attitude distante de la part des médecins.

L'hydrocèle ou la consultation de chirurgie esthétique
Il s'agit d'un jeune enfant amené par ses parents à cause d'une hydrocèle (de l'eau dans les testicules). Le médecin considère d'emblée l'absence d'urgence et l'ancienneté relative de l'hydrocèle. Et les parents d'expliquer qu'ils s'inquiètent de l'aspect de leur enfant, partent en vacances en bord de mer et auraient souhaité faire opérer leur enfant avant leur départ. Le médecin déduit que, compte tenu des délais préopératoires chez un spécialiste, ils espéraient faire opérer l'enfant immédiatement afin qu'il soit remis au moment de partir en vacances. Le pédiatre consulté auparavant par les parents refuse d'intervenir et les aurait enjoints à consulter un autre médecin pour un second avis, ce qu'ils font en venant aux urgences. Le médecin, agacé, leur répond qu'il ne s'agit pas d'une urgence, que cette hydrocèle ne doit pas être traitée pour l'instant, qu'elle disparaîtra sans doute d'elle-même avec la croissance de l'enfant et qu'ils pourront toujours reconsulter un pédiatre quand l'enfant aura quatre ans si l'hydrocèle n'a pas diminué.
Les parents insistent : « mais nous, on préfère l'opérer maintenant et on n'en parle plus ».
Le médecin : « mais une opération est inutile ; ce n'est pas bon pour l'enfant ; en plus ça ne servirait à rien, votre enfant va très bien. Il ne faut pas l'opérer, il faut attendre qu'il grandisse ».
Les parents : « avec ça !? »
Le médecin : « oui… ce n'est pas grave ».
Les parents argumentent : « mais quand même, c'est pas normal, ça »
Le médecin leur dit de repartir chez eux, qu'il ne fera rien, que l'hydrocèle est inoffensive et qu'il faudra envisager un traitement dans plusieurs années si elle ne disparaît pas spontanément.
Les parents demandent alors un certificat médical qui interdise la plage à l'enfant et permette le remboursement des billets d'avion. Le médecin refuse et dit qu'il n'y a aucune contre indication médicale à aller à la plage. Les parents demandent alors un bon de présence aux urgences. Second refus. Les parents repartent mécontents. Le médecin est convaincu que le seul motif de ces parents était de donner à leur enfant une apparence normale pour la plage. Il considère que les motivations parentales ne sont pas en faveur de l'enfant, mais de leur propre confort à montrer un enfant normal. Il s'indigne qu'on impose à un enfant des heures d'attentes et d'examens, voire une opération chirurgicale, inutiles. Il considère que ces parents ont cherché à resquiller, à contourner le système de santé et à court-circuiter le pédiatre et les services *ad hoc* pour leur propre idée sur ce qu'il convenait de faire. Il est convaincu que ces parents consulteront d'autres médecins, dans d'autres urgences, jusqu'à obtenir ce qu'ils veulent, malgré l'intérêt de l'enfant. Il justifie son attitude et le refus de certificat par cette phrase : « le crime ne paie pas ! ».

Il ne s'agit plus à proprement parler d'un trilogue, puisque l'enfant ne parle pas, et que les parents, en revanche, parlent « d'une seule voix » (là, la coalition des parents contre le professionnel apparaît clairement). La situation procède toutefois d'une défense du patient par le professionnel contre des parents, dont la demande est jugée illégitime et du même ordre que

ce que nous avons décrit précédemment. On voit là encore des rôles se mettre en place et prendre une part déterminante à la décision, autour du binôme traditionnel patient/professionnel.

Le caractère triadique des interactions avec des enfants, donc des parents, se décline ainsi en différentes configurations et prises de rôle. Les exemples données jusqu'ici mettent en scène la confrontation (l'attelle, l'hydrocèle) et la coalition. Nous verrons par la suite d'autres types de configuration, en particulier des configurations collaboratives parmi lesquelles la médiation.

1.2.4. Triade et médiation

Le débat entre professionnel et patient par tiers interposé est l'une des formes de la médiation. On la trouve très souvent dans les appels aux pompiers passés par un tiers alors que la victime est auprès de lui.

Ce dernier cas est apparu surtout dans des situations de trilogue téléphoniques, où l'appelant « passe la parole » entre le patient et le pompier, sans pour autant mettre directement l'un et l'autre en relation. En effet, en règle générale, le stationnaire reste tout le long de l'échange avec la personne qui l'appelle, même si elle n'est pas le bénéficiaire et que celui-ci est à proximité et peut parler. Voyons dans l'appel suivant, d'autant plus long qu'il comporte un forme dérivée de trilogue et une tentative de négociation, comment le requérant prend part à ce type d'échange.

Appel n°1 : Spasmophilie sans demande d'intervention

1. Stationnaire (S) : Pompiers, bonjour
2. Femme (F) : Oui, bonjour, euh, euh donc là je suis sur mon lieu de travail j'ai une personne qui est en train de faire un début de crise de spasmophilie, elle a les mains qui sont euh crispées qu'est ce qu'on doit faire ? Les mains enfin elle a les poings serrés
3. S : Elle fait de la tétanie alors.

4. F : C’est de la tétanie.
5. S : Voilà
6. F : Peut-être…
7. S : Oui, (ton très calme, posé, presque ennuyé) vous me donnez votre adresse
8. F : (voix montante, angoissée) Vous allez vous déplacer ! ?
9. S : Ah ben oui
10. F : c’est euh… c’est… impératif ?
11. S : Oui
12. F : Oui ? Bon d’accord… parce que… ben… elle est consciente hein ! ? Elle est réveillée qu’elle va bien y a que les mains qui sont crispées
13. S : Oui, pour l’instant
14. F : Pour l’instant, oui. Et, y a pas moyen d’aller à la pharmacie chercher quelque chose ?
15. S : Non
16. F : Non ?
17. S : Non, rien du tout
18. F : Et nous, on peut rien faire ici ?
19. S : Non, à part la mettre dans un coin, la calmer et puis essayer de la retenir pour qu’elle soit pas seule si la crise augmente, c’est tout, enfin c’est vous qui voyez, hein. Moi si vous voulez pas les pompiers j’envoie pas les pompiers, ça me dérange pas
20. F : Ben je sais pas, parce qu’en fait là pour l’instant, elle est calme.
21. S : Ouais
22. F : Mais euh…
23. S : Mais vous l’avez dit le mot : pour l’instant
24. F : Ouais
25. S : C’est la première fois qu’elle fait ça ou…
26. F : (à la patiente) C’est pas la première fois Carine ? Non ? Et après, ça se passe comment quand tu…. Quand t’es comme ça ?
27. F : (au stationnaire) Parce que normalement elle a un médicament à prendre
28. S : Mmh…
29. F : Et euh, là elle l’a pas sur elle
30. S : Elle l’a pas sur elle (ton désabusé, comme si c’était un grand classique)
31. F : Elle l’a pas sur elle et puis euh donc elle a appelé chez ses parents et euh, donc personne n’est là pour venir, pour lui amener le médicament, mais y a personne
32. S : Donc y a deux solutions, soit la crise se passe toute seule
33. F : Oui
34. S : Soit elle passe pas. Parce que là ça fait combien de temps qu’elle est comme ça, trois quart d’heure ?
35. F. Mmh …
36. S : Et vous lui avez, euh, vous l’avez mise de côté ? vous la laissez tranquille ?
37. F : Oui
38. S : Et ça se passe toujours pas.
39. F : (en aparté) On laisse combien de temps ?
40. S : Pardon ?
41. F : Non, (en aparté) d’habitude c’est quoi ?
42. F : (au stationnaire) Ouais parce qu’habituellement ça lui prend partout, et elle arrive pas à respirer, mais là bon ça fait presque une heure que bon, c’est juste les poings
43. S : Mmh…
44. F : Puis que elle a les poings serrés, donc euh, bon, ça progresse pas
45. S : (dubitatif) Si au bout d’une heure ça s’est toujours pas passé… enfin bon

46. F : Ben je sais pas, euh…
47. S : Vous voyez, vous appelez, donc je suppose que c'est pour avoir quelque chose
48. F : Oui, moi je voulais savoir si il y avait quelque chose à faire
49. S : Ouais : je vous envoie les pompiers pour emmener cette dame à l'hôpital
50. F : (en aparté) Tu vas à l'hôpital, Carine (l'air vaguement paniquée)…
51. F : (au stationnaire) Non, elle veut pas
52. S : Cette dame veut pas aller à l'hôpital
53. F : Ben non
54. S : Notre, notre présence n'est pas… souhaitée ?
55. F : Ben euh (raclement de gorge), parce que en fait elle sait qu'elle a un médicament à prendre mais bon elle l'a pas, mais bon euh, vous pouvez pas obtenir… euh… ?
56. S : Ben justement c'est pour ça qu'on va l'emmener à l'hôpital, pour avoir le médicament
57. F : (en aparté) Si on t'emmène à l'hôpital…
58. S : Si la crise se passe, une demi-heure après elle est sortie
59. F : (en aparté) Et puis si ta crise elle part, donc t'auras le médicament à l'hôpital, donc ça passe après ils te ramènent, tu reviens…
60. F : (au stationnaire) Parce que bon c'est vrai moi j'ai peur que ça empire,
61. F : (en aparté) Alors Carine,
62. F : (au stationnaire) Excusez-moi…
63. F : (en aparté) Carine ?… tu préfères attendre quoi ? Que ça passe ? !
64. S : Deuxième solution vous pouvez faire venir un médecin là où vous travaillez
65. F : Euh…
66. S : Si elle préfère
67. F : (en aparté) Tu préfères qu'on fasse venir un médecin, Carine ?… hein ? Carine ? Quoi ? Un médecin ?
68. F : (au stationnaire) Bon ben apparemment on va appeler son médecin pour savoir le nom du médicament, et alors
69. F : (en aparté) De toute façon tu pourras pas l'avoir, c'est sur ordonnance… ouais ? Bon.
70. F : (au stationnaire) : Ben on va voir alors
71. S : Voilà
72. F : Et puis ben si elle va pas mieux ben je vous rappellerai
73. S : Voilà
74. F : En tout cas merci beaucoup
75. S : Au revoir
76. F : Au revoir

Cet appel très long, qui ne débouche pas sur l'intervention des secours, car la patiente n'y tient pas, est particulièrement riche. On voit la façon dont la requérante se fait porte-parole de la stratégie de la patiente qui souhaite obtenir des pompiers qu'ils délivrent ou, mieux, qu'ils amènent le médicament dont elle a besoin, sans passer par les urgences. Elle est tiraillée entre le respect de la volonté de son amie et le tour pris par l'échange avec le

pompier, vis-à-vis de qui le refus confine à l'offense mutuelle qu'il lui faut sans cesse contenir et réparer : elles n'ont pas l'intention de faire ce que le stationnaire leur conseille ; elles appellent pour obtenir quelque chose qui de leur propre aveu ne justifie pas ou ne relève pas de l'intervention des pompiers ; elles posent une demande implicite – de médicaments – qui est refusée… Sa manière de tenir ce rôle inconfortable est de minimiser l'événement (10 ; 12 ; 20 ; 42), et de manifester sa qualité de médiateur (51 ; 67 ; 68) en se montrant apparemment plus conciliante que son amie (60), qui reste de toutes façons décisionnaire (61). L'appelante se positionne en effet clairement comme un pur intermédiaire entre le pompier et la patiente (67 ; 68).

L'autre manière pour elle de refuser systématiquement ce que proposent les pompiers et de tenter de négocier autre chose est la stratégie du « oui mais » (16). Pas de refus frontal donc, ce qui sauve les apparences (mais seulement le fond de l'affaire, que le pompier, rodé, a reconnu très rapidement). Elle tente en revanche des suggestions (14 ; 28) puis, face à la placidité du stationnaire, des contre-propositions plus directes (56) et l'affirmation sans ambigüité du refus d'être transportée (52 ; 54) qui, présent dès le départ, n'est formulé que très tard dans l'échange, et parce que le pompier les y contraint (53 ; 55).

En termes interactionnels, si l'on se place dans un modèle d'analyse goffmanien, l'aspect rituel de la tournure des interactions pèse lourdement sur le contenu et sur la forme des échanges, au point d'empêcher même de raccrocher tant qu'une voie de sortie permettant à chacun de garder la face n'a pas été trouvée. L'échange commence en effet à devenir problématique et menaçant pour la face des protagonistes. Les femmes ne doivent pas se trouver acculées à reconnaître qu'elles n'appelaient que pour une livraison de médicaments, et le pompier ne doit pas envoyer les pompiers sans demande explicite, ni refuser l'envoi à une personne en détresse. Nul ne parvenant à se satisfaire de ce refus voilé, l'appel clairement stérile pour tout le monde se prolonge néanmoins, et le temps passe en tergiversations.

C'est finalement le pompier qui va offrir une voie de sortie honorable, saisie avec empressement par les deux femmes, en suggérant qu'elles fassent venir un médecin. Cette « solution » a le mérite de permettre une clôture de l'échange autrement que par un refus des pompiers, donc autrement que par la reconnaissance du fait qu'elles ont appelé pour rien ou, au pire, pour obtenir un médicament sans ordonnance – deux situations gênantes pour tout le monde. Car si, pour E. Goffman, « les circonstances de la coprésence sont pré-ordonnées » et comportent en fonction de la situation leurs codes et leur norme, il en va de même pour la situation d'appel aux pompiers et pour l'interaction téléphonique : on n'y entre pas et on n'en sort pas sans y mettre les formes.

Ce poids des apparences et des civilités, dans un échange entre parfaits inconnus, doit être observé attentivement dans les situations de contact avec un public. Il est en effet profondément sous-estimé et peut, à lui seul, expliquer bien des atermoiements, des malentendus et des évitements, et en tout état de cause le style et la tournure (euphémisée, implicite, allusive) de nombreux échanges où un désaccord, ou une opposition, doivent être atténués, au point éventuellement de n'être reconnus pour ce qu'ils sont. Ainsi, au contraire de l'adage « qui ne dit mot consent », ne pas accepter revient ici, comme dans de nombreuses autres situations de négociation dissimulée, à refuser, mais le plus poliment possible.

Au SAU pédiatriques, des situations de *médiation* à trois adviennent également, notamment dans les situations de multilinguisme. Rappelons que le patient est placé doublement en mode *mineur* : il est légalement mineur, donc n'est pas responsable de lui-même et l'on doit en passer par un adulte référent pour l'atteindre, et son statut de participation, sa force illocutoire, est faible. Il prend néanmoins une place plus importante dans différentes circonstances, et notamment lorsqu'il est en positon de pouvoir traduire en

français les échanges entre adultes, dans le cas de familles dans lesquelles les parents sont non francophone et les enfants, si, ce qui sans être courant n'est pas particulièrement rare.

Aux SAU, en outre, les accompagnants cherchent souvent à se positionner (ou se vivent) comme médiateurs entre les besoins de l'enfant qui ne peut les exprimer, et les professionnels. On est alors à la limite des rôles de médiateur et de porte-parole, voire d'avocat ou de défenseur. La véritable frontière entre le médiateur et d'autres positions est chez Simmel celle de l'impartialité, d'une part, de la reconnaissance d'un besoin de médiation par les deux parties d'autre part. Lorsque le tiers se place en médiateur, il est souvent renvoyé à la réalité de sa qualité de partie prenante engagée aux côtés du patient : son impartialité n'est pas crédible.

Le donneur d'alerte anonyme qui appelle les pompiers depuis sa voiture parce qu'il croit avoir vu une personne à terre[198], en revanche, est pleinement dans ce rôle de *tiers intermédiaire*, entre un besoin et un moyen sans être lui-même impliqué d'un côté ou de l'autre. Il incarne véritablement le médiateur simmelien, au sein d'une triade sans coalition, où personne ne se connaît[199].

Nous avons vu comment l'interaction triadique, forme stable et attendue de l'interaction de secours, peut, pour le professionnel, se décliner en différentes configurations et coalitions dans lesquelles il doit tenir son rôle d'instance tierce et impartiale de secours d'urgence. Ces triades appellent une étude spécifique des tiers que constituent le donneur d'alerte et l'accompagnant et qui, on le voit, interviennent directement auprès du bénéficiaire des

---

198 Voir annexe, appel n°7.

199 Nous le verrons pleinement dans la seconde Partie au chapitre consacré au passant donneur d'alerte.

secours et font partie de l'interaction de secours. Nous verrons plus loin quelle est leur place dans la situation de secours d'urgence.

D'un point de vue formel, l'interaction type est triadique, mettant en scène une dialectique triadique de l'interaction de secours. Le professionnel s'y trouve souvent dans la position décrite par Simmel du « juge impartial », non entre le patient et le tiers, mais entre ce groupe et les autres requérants et patients, y compris potentiels. Nous avons vu comment il s'inscrit en tiers dans ces polyphonies, souvent corsées par la tension propre à l'urgence, qui viennent complexifier l'échange initial.

Comment, techniquement, parvient-il à tenir son rôle dans un contexte à la fois tendu, polyphonique au risque de la cacophonie, et sous une contrainte de rapidité exigeante, face à un public qui le plus souvent ne sait pas à l'avance comment il doit se comporter pour être le plus efficace ?

Le rôle des équipements et des techniques est important dans la manière d'interagir avec le public. Au 18, le traitement rapide des appels est fortement multimodal, si bien que le déroulement de l'appel se passe très différemment pour le stationnaire et pour l'appelant, qui en a d'autant moins conscience qu'il ne voit pas ce que fait le stationnaire pendant qu'il lui parle. En SAU, la multiactivité liée à la coprésence de nombreux patients génère également une organisation équipée et des rythmes spécifiques qui créent un différentiel d'expérience et de perspective important avec le public.

2. LES EQUIPEMENTS DE L'INTERACTION

Voyons dans ce chapitre comment les équipements interviennent dans le traitement de l'urgence et dans quelle mesure ils influencent la manière dont les professionnels vivent, façonnent et perçoivent la situation de secours qu'ils partagent avec les requérants.

L'activité des stationnaires se réalise à travers de multiples canaux d'information et de communication : multimodalité intense qui articule différents outils et différents interlocuteurs.

L'utilisation combinée et quasi simultanée de différents outils joue un rôle dans la co-construction d'un message traitable par le stationnaire.

Cette organisation multimodale est en quelque sorte *facteur de tiercéité* au sens où elle fragmente l'expérience interactionnelle et la tisse avec des bribes d'autres interactions menées en parallèle, si bien que ce qui ressemble à une conversation entre deux correspondants téléphoniques correspond en fait du côté du stationnaire à un exercice de transformation de l'appel en action qui met en jeu des coordinations, des outils, des objets et des procédures multiples, à disposition, mobilisés des dizaines de fois par jour.

Voyons comment la multimodalité s'intègre aux compétences et à l'organisation du secours d'urgence au CCOT. Nous verrons ensuite quels équipements ordinaires interviennent dans l'activité des professionnels des urgences pédiatriques

2.1. SYNTIA

L'activité des stationnaires associe aux situations réelles et toujours singulières des sinistres, une réponse déterminée à partir d'un monde virtuel de scenarios, recombinés pour la circonstance. Ils disposent, pour ce faire, d'un éventail d'outils visant à réduire au maximum l'incertitude sur le sinistre (nature, évolution, risque), et la réponse à y apporter (équipement, équipes, procédure). En ce sens, ils sont moins des « soldats du feu » que des « techniciens du risque »[200].

---

[200] D. Boullier, S. Chevrier, *Sapeurs-pompiers, op. cit.*

SYNTIA (SYstème Numérisé de Transmission des Informations d'Alerte[201]) fait partie des outils que les stationnaires utilisent sans cesse pour traiter les appels dans le cadre d'une multimodalité poussée, alliant téléphones divers, télex, logiciel, voix. Pièce maitresse du dispositif de traitement des appels, SYNTIA permet au stationnaire de transformer chaque appel singulier en une série de données préenregistrées dont la combinaison, éventuellement unique, sélectionne automatiquement un ensemble de moyens et un centre de secours. Le logiciel, bi-écrans, se présente à peu près[202] comme ceci : à gauche, le masque (fiche à cases) à remplir, à droite, la carte satellite du lieu indiqué.

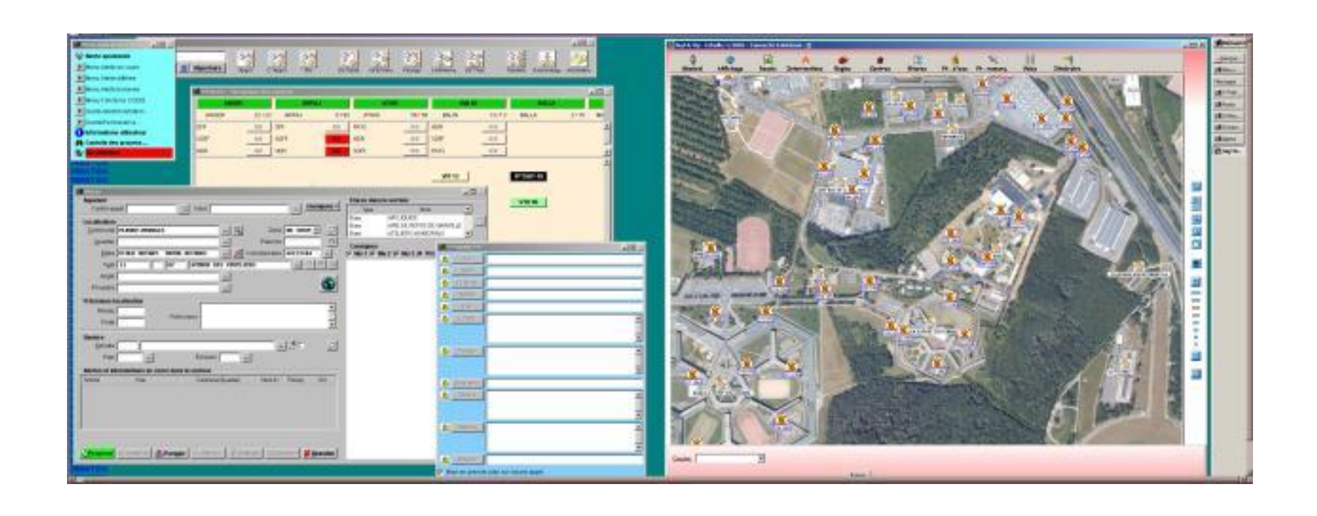


Figure 1: Double écran sur lequel une page en « masque » et une page « plan » en regard, sont affichées par SYNTIA

2.1.1.Un outil combinatoire pour un équipage sur mesure

Le stationnaire doit transformer l'échange avec le requérant en une fiche d'information pré-calibrée, déterminer le type de moyens et le centre de secours à solliciter, et lui envoyer la

201 L'outil SYNTIA est appelé à être remplacé par le logiciel ADAJIO en 2011.

202 On a ici une vue du logiciel utilisé en Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) et non au CCOT directement, pour des raisons de sécurité (matériel de communication militaire), mais c'est grosso modo le même système qui est utilisé dans les deux cas.

fiche de renseignement et de moyen, avant de raccrocher. Tout ce qui concerne la mise en fiche de l'appel (nom de rue, de ville, code du motif d'appel, etc.) se fait simultanément à l'appel, sur ordinateur, sous SYNTIA. Une fois la fiche remplie – il s'agit techniquement d'une arborescence de masques successifs, à remplir rapidement – le logiciel sélectionne un centre de secours et un ensemble matériel que le stationnaire peut accepter ou modifier ; sa validation détermine instantanément l'envoi de l'ordre sur le télex du centre de secours concerné.

SYNTIA joue un rôle de neutralisation du singulier et de l'expérience de l'appelant, par le biais de son formulaire. En fonction des informations que le stationnaire entre dans sa console lors de l'appel, le logiciel lui propose un module de réponse (une « grappe » associant moyens et centre de secours), qu'il peut accepter, modifier ou remplacer.

En salle 18, SYNTIA est à la fois le guide et l'aboutissement du protocole d'action préétabli pour répondre au cas soumis par l'appelant au stationnaire. L'accroche au réel, par delà l'abstraction de cette machine à compiler des scenarios, s'opère justement grâce à la *complexité combinatoire* permise par une extrême symbolisation[203] et décomposition : si opérations et scenarios sont assez finement *décomposés*, on peut en effet finement *composer* une solution sur mesure. Par ailleurs, la possibilité demeure de remplacer un scenario par la décision humaine pour mieux coller à la réalité.

Le logiciel propose, en fonction d'informations-type (les caractéristiques du cas et les disponibilités des centres de secours), un module d'intervention (lieu, équipage, équipement), mais le stationnaire garde cependant « la main » sur le logiciel : il peut choisir des modalités

---

[203] Au sens par exemple de K. Burke *Language as symbolic action*, Berkeley, UCP, 1966 : « Qu'est-ce que notre 'réalité' d'aujourd'hui (par-delà la ligne très ténue de nos vies individuelles) sinon tout ce fatras de symboles sur le passé, combiné avec tout ce que nous savons sur le présent, principalement par l'intermédiaire des cartes, des magazines, des journaux, etc. […] l'homme, bien qu'étant typiquement l'animal qui se sert de symboles, adhère à une sorte de réalisme verbal naïf qui refuse de réaliser toute l'extension du rôle joué par la symbolicité dans ses conceptions de la réalité ».

d'intervention, et modifier, compléter, ou annuler des informations ainsi que l'ordre d'intervention via le logiciel, ou directement (télex et téléphone). On lui demande par ailleurs de rester réactif aux différentes options et aux risques encourus, pour ajuster éventuellement les modalités d'envoi à de nouveaux éléments, en cours de traitement, ou même d'opération, comme cela arrive fréquemment. Ainsi, l'activité s'organise autour d'un protocole, en articulant standardisation, pré-formatage et libre modification.

Les stationnaires maîtrisent ce logiciel qui, s'il est puissant, est sans malice et d'une utilisation facilitée par le programme lui-même. Il est qualifié *d'assistant de traitement.* Son poids est très lourd dans le fonctionnement même du CCOT.

SYNTIA permet finalement la production très rapide d'une réponse sur-mesure à une demande singulière et souvent hautement personnalisée, présentée par un usager ignorant des procédures, grâce à la compilation de scenarios et à la détermination d'un jeu de moyens en fonction des informations que le stationnaire aura su obtenir et saisir en un temps très court. L'activité des stationnaires repose sur une coordination entre humain et non humain dans le cadre d'une performance sérielle et standardisée.

2.1.2. Une boîte à outil

SYNTIA fournit aussi au stationnaire une sorte de « boite à outil », à toutes fins utiles (plans, plans de métro, de conduits de gaz, trafic automobile…). Le programme est construit pour faciliter et accélérer la saisie. Codes en chiffres et en lettres remplacent les mots complets. Une abréviation pour un nom de rue affiche une liste des mots pouvant correspondre. Le stationnaire sélectionne le bon nom, SYNTIA propose alors une liste des villes ayant cette rue. Le pompier sélectionne la bonne ville, comme dans cet appel.

S : Donnez-moi l'adresse.
F : C'est 153 avenue de Strasbourg

S : A Paris,
F : Hôtel Europe, c'est à Clichy
S : Clichy sous bois, Clichy sur Seine, Clichy la Garenne ?
F : Clichy euh… on est où ici…
S : Quel département
F : Euh Clichy la Garenne, 153 avenue de Strasbourg

Ce système permet non seulement au pompier d'orthographier correctement ou de s'épargner des lettres à inscrire mais aussi de vérifier que l'adresse donnée est correcte. A la frontière entre deux villes, par exemple, il n'est pas rare que l'appelant donne en toute bonne foi la mauvaise ville et le bon nom de rue, ou le contraire. Il arrive aussi qu'il ne soit pas sûr de la ville où il se trouve, n'ait qu'un souvenir phonétique du nom de la rue, ou ne le connaisse pas. Dans ce cas, pour lequel SYNTIA ne peut être d'un grand secours, le pompier s'arme de son atlas des rues et, par déduction, tente de retrouver le lieu :

H : Elle est, euh, devant la maison Radio France.
S : Quelle adresse à Radio France ?
H : Adresse euh, c'est quoi l'adresse ? (quelqu'un d'autre : Radio France au début de l'avenue de Versailles) au début de l'avenue de Versailles.
H : c'est au début de l'avenue de Versailles.
S : Oui, c'est à Paris alors.
H : Oui exactement oui.
S : Quittez pas.
H : A quelqu'un d'autre : porte de Grenelle ?
S : A quelle adresse ? Vous êtes dans le seizième ?
H : Euh oui je suis devant la maison de radio France, euh, à côté de l'avenue de Versailles.
S : C'est l'avenue du Président Kennedy ?
H : Oui tout à fait oui, exactement, je suis au carrefour là en fait.

Dans cet appel, l'adresse donnée semble douteuse au pompier, et l'indication « devant la maison de la radio », imprécise. Il vérifie sur SYNTIA *et* dans l'atlas, mais encore, mobilise ses collègues à la cantonade et donne une adresse qui lui paraît plus probable. L'appelant confirme, manifestement soulagé. Dans ce cas précis, le stationnaire *produit* la multimodalité : il utilise et mobilise successivement différents supports de recueil et de vérification de l'information.

Ainsi pendant qu'il est au téléphone, le stationnaire est aussi, diversement, *connecté*[204]. Non seulement ce qui lui est dit est saisi, codé et enregistré mais la console sert aussi pour toutes sortes d'autres tâches liées à l'appel, de la vérification d'un nom au contrôle des moyens disponible en passant par le plan aérien du site du sinistre.

Ce type d'équipement n'a pas vraiment d'équivalent dans les SAU. Il est en revanche très proche des logiciels utilisés par d'autres centre de traitement des appels d'urgence, à commencer par celui du SAMU. On retrouve la même décomposition de l'appel en masques à remplir et valider, la même manière de rapporter le récit particulier à un code préexistant et opératoire ouvrant à un pré-cadrage de la prise en charge. Les logiciels sont même compatibles afin de pouvoir échanger des fiches entre service lors d'une opération, le cas échéant. D'une façon générale, la multimodalité est une caractéristique des centres de traitement des appels, alliant console, téléphones, documents papiers[205], etc.

2.2. Les téléphones

L'autre outil de base du travail au CCOT est le téléphone. Dans cette étape de la prise en charge (contrairement au moment de l'intervention ou du traitement), tout est orienté vers la rapidité d'envoi, au détriment de l'information, dès lors qu'elle ne contribue pas directement à ce processus, comme on l'aura compris. Une partie du travail du stationnaire consiste précisément à réduire le temps passé au téléphone avec la personne à qui l'on envoie

[204] On trouve divers développements sur l'utilisation des outils en salle, tant chez C. Heath, J. Hindmarch, *Analysing Interaction: Video, ethnography and situated conduct*, Sage, 2002, et A. Bidet, « Au fil des dérangements téléphoniques. Analyse d'une interaction technique », *Réseaux*, n°115, 2002, p. 215-241.

[205] Voir sur l'analyse fine de l'activité des permanenciers du 115 le travail en cours de Chloé Mondémé dans le cadre du programme de l'ANR *COMUT* (responsable de programme, A. Bidet, CNRS).

les secours et, plus encore, avec celle à qui l'on n'enverra pas d'équipage et qui fait « perdre du temps au service ».

« Occuper les lignes », « encombrer les lignes », « faire rater des appels », « faire attendre », « appels non-décrochés » : tout un registre d'expressions décline l'impact des appels jugés inutiles ou trop longs sur l'afflux d'appels, parmi lesquels des appels d'urgence qui devront attendre. Ces expressions disent bien la tension en direction du raccourcissement du temps. Elle est manifeste chez le capitaine, mais reprise aussi par les stationnaires, ce qui ne les empêche pas ponctuellement, en période plus calme et plus relâchée, de passer davantage de temps avec les requérants, notamment pour les appels farfelus, comme nous le verrons.

Le téléphone, outil-clé du dispositif, est lui-même orienté, programmé, pensé, pour faciliter et accélérer le travail des stationnaires.

Chaque poste de travail dispose de deux téléphones de couleur différente, l'un pour les appels des requérants, l'autre pour les appels de coordination. En outre les téléphones ont en mémoire les numéros des principaux partenaires que l'on peut devoir appeler en cours d'échange. Il faut, en effet, pouvoir mettre en contact l'appelant et d'autres services, la police en général, ce qui s'effectue par une manipulation simple des touches des téléphones pré-connectés. On a alors parfois des communications à trois, entre l'appelant, la police et le CCOT par exemple. On peut également devoir prendre contact avec le centre de secours concerné pour lui fournir des informations supplémentaires arrivées à contretemps, ou non inscrites dans le filtre SYNTIA. On a alors des échanges entre standards, CCOT et CTA[206].

Dans le cas des deux appels suivants, le stationnaire fait jouer la multimodalité des moyens de communication pour réaliser suivre un appel marquant et réaliser un travail d'articulation des services de secours et de mise en contact.

206 Centre de Traitement des Appels.

Appel n° 33
S : Allô
H : Oui, allô
S : Oui
H : Euh je suis bien au commissariat ?
S : Non vous êtes chez les pompiers là
H : Ah je m'excuse alors
S : Vous faites le dix sept pour la police, madame. Au revoir

Appel n° 34
S : Les pompiers
H : Allô (vois chevrotante, comme déguisée) allô, y a quatre jeunes qui viennent de m'agresser je suis au bois de Boulogne
S : Y a quatre jeunes qui viennent de vous agresser sur le bois de Boulogne ?
H : Je suis au bois de Boulogne là
S : Qu'est ce qui vous ont qu'est ce qui vous ont fait ?
H : Ils viennent de me prendre mon sac, et ils m'ont touché
S : D'accord, quittez pas je vous passe la police
H : Merci
(Répondeur de la police)
S : Oui les pompiers c'est pour un appel 112
P : Oui quel est le numéro du
S : 06 99887744
P : D'accord merci
S : Je vous le passe
P : Salut
S : Vous parlez à la police
(On suit la conversation de la police : elle vient de se faire agresser. Le pompier pense, à ce moment, que ce sont les jeunes de l'appel 32 qui ont agressé la « requérante »)
Police (P) : Oui, allô
H : Allô, les poulets, les poulets ! ! ! !
P : Dis donc ducon t'as que ça à faire le samedi soir ? […] T'es représentant en'
(Conversation coupée)

Ce type de cas présente l'illustration parfaite d'une situation de *code switching*[207]. Le stationnaire s'adresse en effet simultanément à un requérant anonyme, à un collègue au deuxième niveau (un professionnel de l'urgence : le policier) et à un collègue au premier degré (un autre pompier, chargé lui aussi du standard de son centre de secours). Son adresse prend effectivement trois formes : non seulement il s'adapte au référentiel de chacun, mais il change aussi de registre relationnel et de ton.

[207] Voir sous-partie sur le *code-switching.*

Nous voyons aussi que le contexte d'activité dans lequel le stationnaire participe à l'échange n'a aucun rapport avec celui où se trouve le requérant. La multimodalité caractéristique des centres d'appels d'urgence éloigne définitivement l'échange d'une conversation ordinaire : l'échange (sans même évoquer son contenu) est non seulement soutenu par de multiples outils, émaillé d'interpellations et d'interruptions, investi de multiactivité, mais il est aussi décomposé, recomposé, transféré et recoupé. Ainsi, il s'agit bien moins d'une conversation que d'un traitement expert d'un matériel verbal fait de données brutes à affiner, compléter, élaguer, etc.

Autrement dit, la multimodalité systématique, que nous avons observée, indique un traitement de l'échange *en tant que matériau*, et non uniquement en tant qu'expression d'une *relation*[208].

2.3. Aux SAU, dossiers et aides mémoires

Contrairement aux pompiers, qui n'ont pas principalement à se *souvenir* des appels, les professionnels des urgences doivent distribuer leur concentration et leur mémoire sur plusieurs patients. Ceux-ci sont en effet examinés une première fois, les uns après les autres, par un infirmier, puis un médecin traite les dossiers à la fois en parallèle et en série. Il examine le patient une première fois puis, s'il y a lieu de faire des examens, les prescrit au personnel soignant et prend un autre dossier « en attendant » le retour des examens, et ainsi de suite. Il peut ainsi se trouver à l'instant T avec trois, quatre, voire cinq dossiers en même

[208] Si l'on revient à ce qu'écrivait Goffman sur les dimensions civiles, commerciales et techniques de la relation de service, nous verrons que dans le cas des pompiers, la dimension technique, qui porte sur le même matériau que les civilité, à savoir le langage, est prédominante. Dans la mesure où il n'y a pas de dimension commerciale, ni de choix entre différents service concurrents, cette relation de secours d'urgence parait bien spécifique, et bien éloignée de la relation de service caractérisée par Goffman… quant à la dimension civile de l'échange, elle ne sert pas au pompiers à réchauffer la relation ou à susciter la confiance, comme nous le verrons.

temps – auxquels correspondent autant de patients. Ce type d'organisation s'appuie sur une procédure et sur divers objets, équipements et habitudes d'actions. Ils viennent organiser un traitement enchâssé des dossiers, une façon de garder le fil, de savoir *grosso modo* où ils en sont : il en va beaucoup moins ici de la mémoire, ou d'un *reminder* obstinément importun, que *d'objets-mémoire*, recherchés, inventés et utilisés comme ressources.

Le premier d'entre eux est le « dossier patient ». Avec un code de priorité, un *post-it* de couleur (par exemple, rouge, prioritaire, jaune, intermédiaire et vert non prioritaire), les constantes, ce qu'on lui a fait, ce qu'on a lancé comme examen, ceux qui sont revenus, etc. il est l'objet-symbole du patient, en même temps que l'archive et la matérialisation de son parcours de soin. Pour le professionnel, ce dossier est ce qui est véritablement traité, et ce à quoi on se reporte. Il représente la solution de continuité de la prise en charge, par-delà la saturation mémorielle et *l'indifférenciation interactionnelle* qui finalement guettent le professionnel.

Si pour les pompiers « c'est sitôt raccroché, sitôt oublié », pour les urgentistes en effet, à moindre échelle (ils voient quand même les patients plus d'une minute), la succession prévient le plus souvent une réelle mémorisation des patients et du détail de leur situation : « on fait de l'abattage » ; « il n'y a pas de relation, pas de suivi ». Médecins et infirmiers se plaignent d'ailleurs du manque de temps consacré aux patients et n'apprécient généralement guère le mode de travail en séquence : il empêche tout suivi personnalisé des patients, à moyen terme comme au sein même des urgences ; la prise en charge simultanée ne permet pas la mise en perspective des cas singuliers, l'approfondissement de la pathologie, ou de la relation.

D'un point de vue mnésique, les services développent à l'échelle individuelle des techniques et des outils pour garder le fil, entre les différents dossiers anonymes et brièvement

consultés, de patients qu'on examinera une ou deux fois et qu'on ne reverra plus. Ainsi, un système astucieux d'auto-étiquettes remplit un rôle d'aide mémoire dans l'un des services : ce sont des étiquettes d'examen que les professionnels collent sur leur blouse tant qu'ils n'ont pas fini un dossier. Imprimées en plusieurs exemplaires, prédécoupées, ces étiquettes au nom du patient sont collées sur les pipettes et autres feuilles de soin, et sur les professionnels en charge du dossier, sortes de décorations quotidiennes éphémères signalant, pour soi, les examens en cours – et qu'il ne faut pas oublier. Une étiquette représente un examen en cours *accountable per se* : prélèvement sanguin, d'urine, radio, etc.

D'autres objets jouent un rôle similaire d'aide mémoire : un tableau, ou une pochette ouverte transparente à son nom punaisée sur un panneau, dans laquelle le personnel soignant met les résultats d'examens, les feuilles de soin et les autres diagrammes concernant les patients en cours. Un coup d'œil au tableau ou sur sa pochette fait office de mise à jour ; le seul fait que la pochette ne soit pas vide est en soi l'indicateur d'un dossier en cours. Les soignants jouent aussi ce rôle en indiquant souvent au médecin que tel hôpital a un lit disponible ou que tel spécialiste est arrivé. Enfin, la pile des dossiers est elle-même un mode de classement des cas à voir ; elle indique l'ordre dans lequel examiner les patients : le haut de la pile représente l'urgent, ou l'inverse, en fonction des services.

Les collègues, soignants et médicaux, interviennent également constamment dans l'ordre d'effectuation des activités et des séquences. « Vous devriez venir… », « tu peux venir voir s'il te plait… », « elle est pas bien, donc… », etc., sont autant de manières d'attirer l'attention, précieuse, d'un médecin toujours trop rare et occupé, mais aussi de lui signaler un changement dans l'ordre des urgences, de lui indiquer qu'il doit intercaler un nouveau cas dans l'éventail de ceux qu'il voit déjà. Les infirmiers d'accueil sont, de ce point de vue, entre

l’écorce et l’arbre, obligés d’affronter l’impatience parfois jugée légitime des patients[209], et l’indisponibilité, parfois légitime elle aussi, des médecins.

Les accompagnants eux-mêmes font parfois office de *reminder*[210] plus ou moins insistants, se rappelant au souvenir de professionnels qui vont et viennent sans jamais s’arrêter dans la salle d’attente ou dans le box : ils signalent que l’enfant a déjà mangé, n’a toujours pas bu, a vomi la veille, etc., allant et venant au comptoir d’accueil en dernier recours, pour manifester avec insistance l’absence de prise en charge.

Si les professionnels supportent assez bien leurs propres objets mémoire – leur système d’auto-rappel, d’auto-mobilisation, ou de pense-bête, dont ils usent et abusent, ils tolèrent moins le rappel insistant que les autres leur assènent, si ténu et précautionneux soit-il, tel celui d’un parent signalant qu’on n’a pas examiné son enfant depuis trois heures. Les *reminder* personnels, et ceux du service plus largement, sont choisis et intégrés à un rythme décidé par soi ou du moins reconnu – celui de l’organisation –, alors que les rappels de tiers non-professionnels sont subis et traités comme des facteurs de désordre, propres justement à faire « perdre le fil ». Si l’infirmier d’accueil, par définition, est exposé à devoir répondre aux parents impatients avec autant d’amabilité que possible, les médecins sont moins conciliants. S’observe ici une division stricte des tâches de contention de l’impatience des usagers. Le personnel soignant peut éventuellement rappeler à un médecin telle ou telle priorité, mais le parent n’est en aucun cas considéré par le médecin comme un *reminder* fiable dans la mesure où il ne maitrise notamment pas le compte des autres urgences et leur hiérarchie à l’instant T.

---

209 Ces infirmiers sont pris dans un face-à-face qui les identifie comme ceux sur qui faire pression, et à qui faire connaître son mécontentement.

210 Nous pensons aux messages de rappel étudiés par C. Datchary et C. Licoppe *in* « La multi-activité et ses appuis: l'exemple de la "présence obstinée" des messages dans l'environnement de travail », *@ctivités*, vol. 4, n°1, 2007.

Il y a là une des caractéristiques de l'expérience professionnelle des secours d'urgence : le professionnel a toujours en tête non pas chaque cas en cours, mais l'existence d'une globalité des cas à traiter, et à venir.

Ces situations interrogent, en outre, le périmètre de ce que C. Licoppe[211] appelle la multiactivité – une problématique qui rencontre en effet l'intensité et le feuilletage du travail des professionnels de secours au contact du public, déjà partiellement lisibles sous l'angle de la multimodalité des moyens de communication.

3. FACE A LA MULTITUDE, LA MULTI-ACTIVITE

Du polylogue à la multimodalité, puis à la multi-activité, la transition est aisée. L'une des situations récurrentes, pour les professionnels, est en effet de devoir faire face à une multiplicité des personnes. Une dimension de leur multi-activité est certes procédurale, incorporée dans des tâches et des objets, des manipulations et des déplacements, au-delà des interactions *stricto sensu.* Il n'en reste pas moins, et les cas de trilogue en sont un exemple, que la multi-activité aux urgences – comme dans d'autres métiers du public[212], et du *front-office*[213] – est largement *interactionnelle.* Il s'agit avant tout de s'occuper d'une multitude de personnes représentant autant de sollicitations.

La multi-activité est une notion plus heuristique que descriptive. Pour C. Licoppe et C. Datcharry :

« A la différence de la simple fragmentation des activités par des interruptions, la multi-activité caractérise les situations où une grappe d'activités différentes reste pertinente

[211] *Ibid.*

[212] I. Joseph, G. Jeannot (éds.), *Les métiers du public. Les compétences de l'agent et l'espace de l'usager*, Paris, CNRS Editions, 1995.

[213] M. Lipsky, *Street level bureaucracy, op. cit.*

dans son ensemble. Si pour un observateur extérieur, l'acteur apparait engagé dans une seule activité à la fois, les autres restent quand même en jeu […] présence obstinée d'artéfacts et préoccupations constituent un mode particulier de couplage entre la personne et l'environnement[214] ».

Cette notion nous permet de penser, dans le cas particulier des professionnels de l'urgence, la manière dont ils font l'expérience et s'organisent d'une multitude de requérants, de tâches, de sollicitations et d'outils à deux niveaux : organisationnel et individuel[215]. Nous allons entrer dans le détail de ces deux dimensions d'abord sur le terrain des pompiers, puis au sein des SAU.

3.1. Une multi-activité organisationnelle

Le niveau organisationnel est le plus attendu quand on associe urgences et multi-activité : les urgences font face par définition à une pluralité de demande simultanées, et en continu, à répartir sur un effectif fixe et parfois en pénurie. Typiquement, plusieurs personnes appellent (dans le cas des pompiers) ou se présentent (dans un service d'urgence), dont on doit traiter le cas en réévaluant constamment l'urgence et le rang de traitement en fonction des autres cas.

La multi-activité est « organisationnelle » dans la mesure où l'organisation de ces services est en partie définie autour de cette situation de sollicitations multiples, non programmées et non connues. Cette « affluence » donne lieu à deux modes de traitement différents de la multi-sollicitation. Pour utiliser l'analogie d'un circuit électrique, au CCOT chaque stationnaire pratique un traitement des appels « en série », prenant un appel à la fois, l'un à la suite de l'autre, dans un contexte d'appels s'enchainant presque sans transition et

[214] C. Datchary et C. Licoppe, « La multi-activité et ses appuis… » *op. cit.*

[215] Nous verrons en conclusion que l'on peut dégager un troisième niveau, « situationnel », avec des conséquences importantes en termes de « situation de secours » et de « prise en charge ».

sans fin. Les SAU procèdent plutôt à un traitement « en parallèle » : le médecin peut avoir plusieurs « dossiers sous le bras », dont il organise le traitement morcelé, donc globalement simultané (à l'échelle de la prise en charge entière de l'entrée du patient à sa sortie), en découpant des séquences auprès des différents patients à différents moments d'une prise en charge globale du cas, elle-même nécessairement fragmentée et segmentée.

Dans les deux cas, il s'agit de gérer à la fois des flux et des stocks, à écouler le plus vite possible, pour des raisons de santé et de risque autant que d'engorgement et de saturation du service. Se dessine ainsi une triple fonction de la multi-activité : de santé publique, individuelle et organisationnelle. La perspective des professionnels sur les requérants et les usagers est collective. Pompiers et urgentistes doivent faire face à des personnes, dont il faut organiser l'écoulement et la sortie la plus rapide du système (« raccrocher » pour le stationnaire et « replier »[216] pour le pompier, « faire sortir » pour le médecin) afin de faire place aux nouveaux arrivants. « L'usager est à la fois un particulier et membre de séries »[217].

Cette activité de négociation de places ramène le singulier à son niveau de légitimité et d'urgence par rapport aux autres cas, qui ne cessent d'arriver et de remettre en cause le classement.

Traitement d'une multitude de dossiers ou multiples tâches au sein d'une même séquence d'activité : dans les deux cas, on désigne différents éléments d'une situation de « profusion » ou, du moins, de multiplicités d'actions, parmi lesquelles de nombreuses *interactions*, à différents niveaux, en poupées russes. Travailler aux urgences, au 18 comme en SAU, c'est, chaque jour, traiter « beaucoup » : de dossiers, de cas, d'appels. La dimension

---

[216] Replier signifiant replier le matériel, et en particulier, les lances d'incendie. cf. D. Boullier, S. Chevrier, *Les sapeurs-pompiers… op. cit.*

[217] A. Borzeix, *Langage & Travail, op. cit.*

simplement quantitative est nécessaire pour rendre compte de cette particularité au regard d'autres activités.

On peut nous objecter qu'il y a toujours plusieurs gestes dans une action, plusieurs choses à faire dans une activité, et plusieurs activités dans un service[218]. On parle d'ailleurs parfois de « feuilletage » de l'activité, comme C. Licoppe du feuilletage interactionnel des échanges par e-mail[219]. La succession des tâches, réalisées une par une, ne doit cependant pas masquer la dimension *quantitative* de l'activité d'urgence, dont la spécificité, en particulier dans les mégapoles, est d'attirer un très haut niveau de sollicitations et de cas à traiter, à organiser au risque de la saturation. Or on ne s'organise pas de la même façon de demandes au compte-gouttes et de demandes nombreuses et rapprochées appelant leurs propres techniques et leurs risques spécifiques. De même, interagir avec dix personnes, cinquante (urgentiste), deux-cent (infirmier d'accueil), voire mille par jour (stationnaires), ne peut s'envisager comme un simple démultiplicateur. En témoigne la littérature qui s'est développée depuis vingt-cinq ans sur la relation de service et les effets de l'exposition au public des métiers du public et du front-office. On trouve bien sûr une pluralité de gestes, d'activités, de tâches de premier-plan et de préoccupations dans l'ordinaire de chacun, mais la dimension quantitative, sous l'angle du foisonnement, du surgissement et de l'afflux constant de nouveaux cas, est une donnée structurante des services d'urgence[220].

---

218 Voir le travail définitionnel et théorique sur les nouvelles catégories du travail de A. Bidet, A. Borzeix, T. Pillon, G. Rot, et F. Vatin (coordinateurs) *Sociologie du travail et activité,* Toulouse, Octarès, 2006.

219 C. Licoppe « Le traitement des courriers électroniques dans les centres d'appels », *Sociologie du travail*, Vol. 44, n°3, 2002.

220 Il serait intéressant de faire un parallèle avec les répondants des *call-centres*, ou les hôtesses d'accueil de grands complexes hôteliers internationaux par exemple, pour reprendre les perspectives « par incongruité » chères à E. Goffman et I. Joseph. On pourrait en effet y observer également une succession de personnes et de problèmes à traiter, en termes d'expérience professionnelle de l'exposition de soi et de l'extrême sollicitation, ainsi que la façon d'y réagir en professionnel.

En s'attachant à la multiplicité des usagers, nous prenons acte de l'organisation d'un foisonnement *quantitatif* de tâches et d'interactions.

3.2. Faire plusieurs choses à la fois

Dans le cas des stationnaires, la multi-activité s'observe à un niveau individuel – de deux façons. D'abord, on distingue une multi-activité au sein même de la séquence en cours (traiter un appel par exemple), et tournée vers l'accomplissement d'une seule tâche – le traitement de cet appel – en parlant, écoutant et interprétant, tout en remplissant le masque de saisie, et en consultant de la main libre le plan du département, par exemple. On doit intégrer à ce type de multi-activité la multimodalité de l'activité en cours, et ouvrir l'éventail lexical. L'objectif est pour nous d'examiner non seulement comment le *faire* se fait, mais aussi ce qu'est ce faire, ce dont il est fait. L'approche par la constellation lexicale de la multi-activité dégage facilement un certain niveau de complexité en mettant en évidence le multiple au sein d'objets pourtant unifiés : « la prise en charge », « traiter un appel » sont à la fois des empilements de séquences (enchâssées ou successives), des feuilletages de tâches, et des articulations collectives (prescrites, coproduites ou de fortune).

A un autre niveau, dans le cas des pompiers, on distingue une multi-activité liée à l'activité de la salle toute entière. Non seulement le stationnaire, lorsqu'il traite son appel, fait plusieurs choses à la suite et plusieurs choses en même temps, mais il fait aussi autre chose que traiter son appel : il garde une oreille flottante pour la salle et, le cas échéant, prend part à ce qui se dit alors même que cela ne concerne pas son appel.

3.2.1. Au 18, l'attention flottante

Toute une dimension de l'expérience des professionnels au CCOT consiste en une pratique presque constante du polylogue, d'un côté, et de l'écoute flottante de l'autre – laquelle leur permet de réagir aux messages environnants alors qu'ils participent à un dialogue, suivant une aptitude à transformer l'environnement sonore en polyphonie (chaque voix fait sens) plutôt qu'en cacophonie (les voix se recouvrent). Cette écoute flottante permet, par exemple, à un stationnaire de tendre le plan de rues à son collègue qui, d'après ce qu'il dit à l'appelant, peine à trouver une adresse. Il existe toute une dimension d'apprentissage sur le tas qui, sans être au centre de notre travail, est à relier à la dimension communicative du groupe des stationnaires travaillant ensemble[221].

La faculté que tous les stationnaires développent de faire plusieurs choses en même temps et, en l'occurrence, à écouter « la salle » (sic) en même temps qu'ils communiquent avec un appelant, est une compétence à part entière. Elle répond à un besoin. Les informations qui circulent dans la salle en temps réel peuvent en effet influer sur le traitement d'un appel, ou amener à ajuster les paramètres d'une opération déjà lancée, en fonction de nouvelles données. On pense ici aux descriptions détaillées de C. Heath, s'agissant de l'attention flottante et des postures corporelles *accountable* à toutes fins utiles, en salle de contrôle ferroviaire, par exemple[222]. Au 18, l'écoute flottante sert et influence l'action des stationnaires plusieurs fois par heure.

On peut considérer que l'écoute flottante est une préoccupation d'arrière plan. Quand l'écoute accroche un élément mobilisateur, l'acteur ouvre une parenthèse immédiate pour

---

[221] Voir, par exemple, I. Bazet, « Pour une approche communicationnelle du travail d'organisation : le changement organisationnel associé à la gestion des événements indésirables », *Communication et Organisation*, n 33, 2008.

[222] C. Heath et J. Hindmarch, *Analysing Interaction: Video, ethnography and situated conduct*, Sage, 2002.

intervenir sur ce qui le fait réagir, puis reprend le fil de ce qu'il faisait par ailleurs (il poursuit son appel).

Autrement dit, les professionnels *écoutent* les requérants, mais *entendent* leurs collègues et interviennent dans l'activité de la salle le cas échéant.

Appel n° 18 : Le feu de cheminée

S : Pompiers j'écoute
F : Oui monsieur dépêchez vous j'ai le feu chez moi ! Monsieur !
S : (à un autre stationnaire) c'est un retour d'amorce
S : (à la femme) et qu'est ce qui brûle ?
F : Ouais la cheminée elle prend feu tout en haut du toit
S : Quelle adresse ?
F : Dépêchez vous s'il vous plaît !
S : Adresse !
F : Ah adresse c'est 67 avenue Dominique, à Villepinte
S : Vous m'appelez d'où, là ?
F : De Villepinte, de chez moi
S : Votre numéro de téléphone !
F : Le euh 01 67 78 98 54
S : Une seconde
F : Hein ?!
S : Qu'est ce qui brûle
F : La cheminée en haut ! Sur le toit !
S : Un pavillon ?
F : Oui
S : Vous avez éteint la cheminée ?
F : Non non je euh on peut même pas éteindre je sais pas qu'est ce que je dois faire
S : Est ce que dans l'âtre de la cheminée y a du bois ?
F : Y a du bois oui
S : Vous éteignez dans un premier temps
F : Hein ?
S : Vous éteignez le feu qu'il y a dans la cheminée
F : Comment je vais faire ? !
S : Avec un seau d'eau !
F : Un seau d'eau ! Prends un seau d'eau ! Renverse là ! On, on a éteint là
S : Voilà. On arrive.
F : d'accord dépêchez v…
(Le stationnaire raccroche vivement avant qu'elle n'ait terminé sa phrase : ton énervé, agressif du stationnaire, ton strident, affolé de la femme[223])

---

[223] Nous aurons l'occasion dans une autre partie d'analyser l'humeur particulière du stationnaire dans cet appel.

3.2.1.1. Entre-aide et doublets

On voit dans l'appel 18 de façon exemplaire comment l'attention flottante peut se manifester, ainsi qu'un croisement d'interactions à trois niveaux, entre requérants, entre stationnaires, au niveau du stationnaire pivot entre le requérant et la salle. Si le stationnaire lance « retour d'amorce » c'est que, pour un feu (situation très rare, environ 4% des appels nécessitant intervention), on peut devoir mobiliser les collègues, activer la salle opérationnelle, et repérer les appels concernant le même feu pour ne pas envoyer plusieurs équipages (les « doublets », ou « doublons »). Un feu implique donc toujours d'alerter le chef de salle, qui alertera ensuite les autres collègues et le capitaine le cas échéant.

Dans notre exemple, le stationnaire lance « retour d'amorce » (3) sur un ton calme et d'une voix nette et basse : il sait pouvoir compter sur l'écoute flottante de ses collègues, et que son message sera entendu et compris. Du côté du requérant, on perçoit un collectif impliqué (21) qui se manifeste quand l'appelante leur fait éteindre la cheminée (29). On a donc finalement les interactions directes suivantes avec S1 = Stationnaire en charge de l'appel ; S2 = stationnaire voisin ; R = requérante ; AP = autre personne auprès de la requérante : S1 vers S2 ; S1 vers R ; R vers S1 et R vers AP.

A ces interactions, il faut ajouter l'attention flottante des stationnaires et de la personne qui se trouve avec la requérante. L'environnement polyphonique fait ici intimement partie de l'interaction et, plus généralement, de l'activité ordinaire des stationnaires, y compris au cours des dialogues successifs qu'ils ont avec les requérants.

Il ne s'agit pas simplement de dire que les situations de polylogue entrent dans ce que C. Licoppe et C. Datchary appellent la multi-activité. Au CCOT, les sollicitations sonores, au sein de l'appel et entre l'appel et la salle, sont un donné ; aux urgences, la présence quasi systématique d'au moins un accompagnant inscrit d'emblée le professionnel dans une interaction triadique qu'il lui faut négocier, et qui n'équivaut pas à un face-à-face, comme on

l'a vu avec le cas de l'attelle. Autrement dit, nous attirons ici l'attention sur la spécificité d'environnements non duaux, mais au contraire relativement « multi-sollicitants » pourrait-on dire (polyphonie, triade) ou, pour reprendre la terminologie de C. Licoppe et C. Datchary, de sollicitations « obstinément présentes », et de leur impact sur la pratique du professionnel. La saturation informationnelle, la surcharge communicationnelle, l'excès de signes représentent les risques professionnels d'univers qui, par ailleurs, sont aussi des ressources pour une optimisation des activités, exactement comme un pop-up d'Outlook surgissant sur l'écran de l'ordinateur pour signaler le prochain rendez-vous[224] peut représenter à la fois une aide, une gêne et le déclencheur d'une crise de nerf lorsqu'il s'ajoute à cent autres sollicitations un jour de fatigue.

3.2.1.2. Contrôle collectif

Prenons deux autres cas où l'écoute flottante est suivie d'effets. Dans le premier, un stationnaire (S1) est en ligne avec un appelant pour un feu. Il s'apprête à lancer une opération lourde en moyens et en personnel, quand un autre stationnaire (S2) lui lance que « pour le feu du 34 rue Bouin » il « vient de valider » l'envoi. S1 l'entend, interrompt sa saisie et évite un « doublet » (les centres de secours n'ayant pas à questionner un ordre de départ, même s'il correspond exactement à un autre, reçu trois secondes plus tôt, ils auraient envoyé deux équipages). Ici S2, en écoute flottante et pendant un appel important, suit, comme dans l'appel 18, ce que dit et fait son voisin. Il en va de même pour tous les stationnaires qui, à partir de cet instant, savent que les pompiers du centre de secours sont déjà prévenus pour tout appel concernant un feu à cette adresse.

[224] cf. C. Datchary et C. Licoppe, « La multi-activité et ses appuis: l'exemple de la "présence obstinée" des messages dans l'environnement de travail », *op. cit*.

SYNTIA présente en grille d'attente, c'est-à-dire entre les appels, quand il n'y a pas de saisie, la liste des vingt dernières opérations envoyées, ce qui évite également les doublets. Cependant, elle ne les inscrits qu'avec un léger retard de quelques secondes. Par ailleurs, lorsque le stationnaire est en saisie, il n'a plus cette grille sous les yeux. Ainsi, cette communication de la salle est une sécurité qui intervient en relais du logiciel.

Un autre exemple est celui d'un stationnaire qui reçoit un appel pour un accident dans un bois, entre deux communes. L'appelant est incapable de préciser où il se trouve. Le stationnaire insiste, s'énerve même un peu contre l'appelant, prend l'atlas, et le temps passe, puis un autre stationnaire lui dit qu'il s'agit certainement de la rue des Fossés dans le bois de Saint-Cloud ; il avait déjà reçu un appel pour cette zone et se souvenait des noms et des lieux, qu'il communique donc à son collègue. Ce relais est de l'initiative des stationnaires, pas du règlement. Ce système qui s'est développé entre eux, et repose sur l'écoute flottante de chacun, a maintenant valeur de règle.

L'écoute flottante est, nous le voyons, également un moyen de contrôle et de rectification. Si l'un d'entre eux ne réagit pas à un message des autres, ils le lui crient et le chahutent, loin des recadrages formels. Pour autant, c'est bien d'un contrôle du travail de chacun par tous qu'il s'agit, et de façon constante, puisque les stationnaires sont toujours sous le regard les uns des autres. Le contrôle entre stationnaires s'effectue ainsi sur le mode de la plaisanterie ou du conseil anodin.

> Un stationnaire envoie sa fiche en présentant comme motif une « odeur suspecte ». Son voisin, qui avait suivi l'appel par les réponses du stationnaire à son interlocuteur, enjoint le stationnaire à appeler le CS pour corriger « odeur suspecte » en « risque incendiaire » : « Tu devrais, vas-y appelle-les, dis leur que c'est un xxx, comme ça s'il y a vraiment le feu ils seront prêts, ok? ».

Recommandations, conseils, plaisanteries correspondent souvent à un rappel à l'ordre ou au pointage d'une déviation par rapport à ce « qu'il aurait fallu faire ». C'est ainsi que se déroule l'apprentissage sur le tas, mais aussi le contrôle ordinaire du groupe par le groupe. Le

contrôle par le capitaine (en semaine) s'exerce lui aussi par le biais d'une surveillance, flottante, de la salle opérationnelle, et par des passages en salle 18 et en salle de régulation médicale. Il a la possibilité de suivre, à l'insu de tous, les conversations téléphoniques par un téléphone particulier situé en retrait dans la salle opérationnelle. Il observe, contrôle et analyse ce qui se passe, et discute avec les agents pour se tenir informé du type d'appels à l'instant T, et des problèmes ponctuels que les agents rencontrent.

3.2.1.3. Débordements

Il peut enfin arriver, comme on le suggérait avec l'exemple du pop-up, que l'attention flottante tourne à la saturation et devienne obsédante, que la polyphonie se fasse cacophonie, ou que le stationnaire passe de *l'omni*-*vigilance* à *l'hyper*-*vigilance* à l'égard de ce qui se passe dans la salle. C'est le cas dans l'appel suivant, où un stationnaire ébranlé par un appel concernant manifestement la mort subite d'un nourrisson ne parvient pas à reprendre le cours de son activité ni à rester au niveau d'infra-écoute habituel. Au contraire, il suit la carrière de cet appel dans les communications de la régulation médicale et de l'équipage d'intervention.

> Soirée : un stationnaire prend un appel qui s'avère concerner un bébé. Il diagnostique une MSN (mort subite du nourrisson) et passe l'appel à la régulation médicale. Il reste mutique un quart d'heure.
> Depuis l'appel, il ne répond pas quand son voisin lui parle. Puis, je vais à la régulation, où le médecin m'explique que le bébé est effectivement mort. Je suis encore dans la salle médicale quand un poste sonne plusieurs fois. Soudain, le stationnaire qui avait pris l'appel se met à crier, très en colère, de la pièce à côté. « Mais putain décrochez ! C'est le bébé mort ! ». C'est en fait lui qui leur a transféré en ligne directe le « chef d'agrée » du camion parti intervenir. Un des médecins dit à l'autre « ben qu'est ce qu'il a, Nono, il est speed, il craque ou quoi », sur un ton anodin, en prenant finalement l'appel. Effectivement le stationnaire a « marqué le coup », il a été atteint par cet appel-là.

L'émotion suscitée par le fait qu'il s'agisse d'un bébé (« on est blindé, le seul truc, c'est les gosses ») a ici déclenché le besoin de savoir ce que le médecin diagnostique et de suivre le traitement du cas, au point de crier lorsque les médecins ne répondent pas assez vite à l'appel du camion concernant le bébé.

Ce cas montre un vacillement du rapport de *tiercéité-indifférence* assez constant chez les stationnaires face à des problèmes qui sont appréhendés en tant que cas et non en tant que situations privées plus ou moins dramatiques. Le stationnaire est affecté et ce n'est pas considéré comme normal. Plus exactement, « marquer le coup » est considéré comme un risque du métier, ponctuel et collectivement contenu si l'émotion venait à submerger le stationnaire (on aide le collègue à passer le moment difficile : regards ailleurs ou au contraire, plaisanterie, pas de remarque sur le retard pris, etc.). Là peut-être se perçoit bien ce rapport de *tiercéité-indifférence*, en creux, par ce qui se passe lorsqu'une implication spécifique transparait face à ce qui doit rester un cas parmi d'autres, ou lorsqu'un stationnaire sort de la logique de flux (décrocher l'appel suivant sitôt le précédent raccroché) et « s'arrête » sur un appel.

L'autre cas où l'écoute flottante sort du cadre d'une optimisation collective de l'activité est celui où, le capitaine étant absent (nuit, week-end), les stationnaires mettent certains appels sur haut-parleur pour rire ensemble sur le dos des requérants. Ces cas, qui sont l'exception et non la règle, éclairent pourtant le rapport de tiercéité entre professionnels et requérant. Ils seront ainsi étudiés en propre plus loin.

3.2.2. Polyphonie et commutations

Un autre aspect des interactions multiples, les unes principales et les autres en arrière-plan, est l'insertion, au cours d'une conversation, d'échanges avec des tiers. Ces parenthèses langagières s'expriment via le phénomène de commutation de code, de *code-switching,* qui en décrit les variations formelles. Nous utilisons le concept mis en pratique par le sociolinguiste W. Labov d'abord, puis par E. Goffman, pour désigner le changement de registre linguistique,

en particulier au sein d'un cours d'action. La modification du ton et de la manière de s'exprimer et de s'adresser à l'autre, appelée *code-switching* ou commutation de code, a connu deux lignées d'analyse. Des travaux empruntés à la sociolinguistique, relatifs à l'emploi alternatif de termes issus de langues différentes dans la conversation, ont d'abord éclairé les situations de multilinguisme au sein d'une même conversation et plus largement, la construction et l'emploi de créoles. On trouve ensuite, en sociologie du travail, des travaux sur les compétences et les performances langagières, qui éclairent les ajustements formels et linguistiques opérés en fonction de l'interlocuteur (au guichet, simplifier son niveau de langue avec un usager étranger ; user d'un langage plus soutenu avec son chef). S'y ajoutent les travaux qui considèrent les manières de s'adresser à l'usager et, plus largement, les formes linguistiques au travail : se montrer laconique avec l'usager mais prolixe avec ses collègues, développer un jargon (« c'est un retour d'amorce » ; « c'est un 112 »), etc.

Le *code-switching* constitue un indicateur de *multiactivité communicationnelle* au sens où il signale que le professionnel garde à l'esprit dans son cours d'action dual avec un requérant ou un patient l'existence d'autres personnes avec lesquelles il est également en interaction et doit s'exprimer différemment. En outre, il signale la coexistence de plusieurs cadres, le *code switching* comme son nom l'indique, traduisant le basculement dans l'un ou l'autre. Mais il traduit bien d'autres choses qu'une compétence au changement d'interlocuteur dans le cours d'action. Dans l'appel suivant, plusieurs commutations s'enchainent, marquant bien dans un contexte multimodal le passage d'un interlocuteur et d'un contexte à l'autre. En outre on peut y constater que les professionnels ne sont pas les seuls à pratiquer le *code-switching*…

Reprenons l'appel 34 :

1. S : Les pompiers
2. H : Allô (vois chevrotante, comme déguisée) allô, y a quatre jeunes qui viennent de m'agresser je suis au bois de Boulogne
3. S : Y a quatre jeunes qui viennent de vous agresser sur le bois de Boulogne ?

4. H : Je suis au bois de Boulogne là
5. S : Qu'est ce qui vous ont qu'est ce qui vous ont fait ?
6. H : Ils viennent de me prendre mon sac, et ils m'ont touché
7. S : D'accord, quittez pas je vous passe la police
8. H : Merci
9. (Répondeur de la police)
10. S : Oui les pompiers c'est pour un appel 112
11. P : Oui quel est le numéro du
12. S : 06 99887744
13. P : D'accord merci
14. S : Je vous le passe
15. P : Salut
16. S : Vous parlez à la police
17. P : Oui allô
18. H : Allô, les poulets, les poulets ! ! ! !
19. P : Dis donc ducon t'as que ça à faire le samedi soir ?
20. H : C'est la police, les petits pédés
21. P : Les petits pédés les petits pédés, ben oui on est pédé et alors ?
22. H : T'aime ça les savonnettes hein ? C'est du bon bédo c'est du bon bédo
23. P : T'es représentant en'

(Conversation coupée)

Dans cet appel que nous avons déjà vu dans le cadre de la multimodalité, s'entrecroisent plusieurs *code-switching*, différents changements de ton et de registre linguistique, pour s'adapter à l'interlocuteur (entre 7 et 15), induire en erreur (entre 2 et 18), marquer un changement d'attitude (entre 15, 16 et 19). La voix, le ton et le discours trompeur de l'appelant lui permettent de se faire passer pour une femme victime d'agression au Bois de Boulogne. La fiction fonctionne d'autant plus facilement que les pompiers venaient de recevoir un appel d'insultes d'un groupe expliquant qu'ils étaient au bois de Boulogne et s'apprêtaient à « foutre la merde» sauf à ce qu'on vienne « les serrer »[225]. Le stationnaire s'adresse au requérant classiquement, en faisant préciser le motif. Identifiant un appel plutôt destiné à la police, il le prévient qu'il lui transfère la police et, avec le même appareil, appelle la police, ce qui induit une nouvelle interaction, avec la police, alors que le requérant est toujours en ligne. Le dialogue stationnaire-agent de police s'effectue sur un mode professionnel mais familier (15), quasiment routinisé (10, 11, 13), facilité par l'utilisation

[225] Voir annexe, appel n° 32.

d'une « ligne directe » qui indique d'emblée à la police que l'appel provient de professionnels.

Le stationnaire, reprenant le requérant, lui indique le changement d'interlocuteur (16) ce qui vaut comme clôture (pas d'au revoir). Là, on assiste à un changement de ton radical : le requérant s'avère être un des jeunes qui avaient insulté les pompiers précédemment, et s'en prend à la police (18, 20, 21, 22), ce qui donne lieu à un changement de ton symétrique de l'agent de police (19, 23), et finalement au raccrochage du requérant. Le caractère particulier de cet appel, par rapport à de nombreux autres où le stationnaire s'adresse à plusieurs personne au cours du même échange est qu'ici, le requérant, lui aussi, change de ton : pour parvenir à ses fins, se faire basculer sur la police, il se fait victime, singeant un ton plaintif et empruntant le motif archétypique de la personne agressée : dans cet appel les trois interlocuteurs pratiquent le *code-switching*, dont on voit qu'il marque non seulement un changement d'interlocuteur, ou de cadre discursif, mais encore un changement dans la nature de l'interaction, la différence de place entre les personnes adressées ou une prise de distance avec son rôle et sa propre image.

Le *code-switching* intervient dans un autre type d'échange non plus pour traiter l'appel ou maintenir chacun dans de bonnes dispositions en ne se montrant pas trop formel, mais malgré l'appel, voire à ses dépens. Il tient alors des libertés que l'on peut prendre avec le travail, de la marge, d'un relâchement temporaire. Car le protocole est certes une dimension à ne pas omettre dès que l'on s'approche de l'institution militaire, mais elle n'est ni permanente ni égale en toutes circonstances.

Tel est le cas lorsqu'un stationnaire adopte un ton policé et posé avec un appelant et que, toujours en ligne mais coupant quelques secondes l'émetteur, il lance à la cantonade la dernière blague scatologique. Il modifie non seulement sa manière de parler, mais

l'interaction toute entière en changeant à la fois de ton, de registre, de thème et d'interlocuteur – ce que l'appelant ignore, pensant encore avoir toute l'attention du pompier.

Ces pratiques peuvent s'apparenter à ce qu'E. Goffman décrit lorsqu'il donne l'exemple de réunions débutant et s'achevant dans le plus grand respect du protocole et de la hiérarchie mais qui, pendant leur déroulement, adoptent un autre équilibre que celui dicté par ce protocole : décisions prises démocratiquement, liberté de ton des moins gradés et soumission des supérieurs, ou simplement discussions et négociations[226]. Au CCOT, ce phénomène est totalement intégré à la façon de travailler des stationnaires, et à l'utilisation des potentialités des téléphones (à savoir couper le micro ou suivre « en espion » (sic) une conversation).

L'appel que nous présentons maintenant représente un degré de plus dans la manière dont le *code-switching* peut être employé pour se jouer des cadres et du requérant lui-même. Il situe ainsi à un moment très particulier de relâchement des formes et des mœurs, le samedi soir, en l'absence du capitaine. Nous allons voir comment le stationnaire, à la limite de l'insulte, dans une « fabrication »[227] toute goffmanienne, joue sur deux tableaux, avec deux catégories de public, celui du téléphone et celui de la salle.

Appel n°38. Le chien

1. S : Allô
2. H : Allô [la personne a un accent si fort qu'il est très difficile de la comprendre]
3. S : Allô
4. H : Bonsoir monsieur
5. S : Bonsoir
6. H : Je suis à Montreuil
7. S : Comment ?

[226] E. Goffman, *Façons de parler, op. cit.*

[227] *Ibid.* La fabrication est l'une des catégories de « cadres » dessinées par E. Goffman. Elle désigne l'exercice intentionnel du « faire semblant », la façon dont on peut *utiliser* ce qu'on pense constituer les apparences formelles d'une situation, ainsi de l'escroc qui se fait passer pour un ami, de la pièce de théâtre et de sa répétition, ou des loutres qui *pour jouer,* font *semblant* de se battre, selon le célèbre exemple de Bateson (G. Bateson, *Vers une écologie de l'esprit,* I, Paris, Seuil, 1980), à l'origine du travail sur les cadres.

8. H : Montreuil
9. S : Montreuil?
10. H : Montreuil, avenue Sucher, Montreuil
11. S : Qu’est ce qui se passe ?
12. H : Il y a [? incompréhensible]
13. S : Vous parlez quelle langue ? [le stationnaire passe l’appel sur haut parleur ; la salle écoute et plaisante]
14. H : Français monsieur
15. S : Ah bon ? Français ?
16. H : Oui, un sien, vous connais pas, un sien ?
17. S : Ah ! il fait wouf wouf ? !
18. H : Oui, ici j’ai trouvé un chien ici au dans la rue il rentré par chez moi ! Depuis neuf heures je … ici…ce chien il est perdu son gardien…vous venez avec moi… moi est-ce que comprends ?
19. **S2** : Dis lui qu’il lève son pied il est en train de marcher sur sa langue
20. H : Pardon ?
21. S : Euh, je vous ai pas compris monsieur vous pouvez répéter ?
22. H : Quand j’ai venu à la maison, allô, quand j’ai rentré à la maison, j’ai trouvé un chien, dans la rue
23. S : Ah, vous avez trouvé un chien dans la rue
24. H : Voilà ! Un chien dans la rue, et il veut pas rentré il, il est à côté de moi, il est rentré chez moi, il est venu avec moi je ne sais pas c’est à qui le chien
25. S : Vous êtes quoi ?
26. H : Allô ?
27. S : Allô. Nous on a perdu notre chien, est-ce qu’il s’appelle Bobby le chien ?
28. H : Je ne sais pas il … loin…
29. S : Appelez le Bobby
30. H : Bobby ? Bobby ! Bobby ! Non non non non
31. S : Il faut l’appeler plus fort par ce qu’il est un peu sourd
32. H : Non ça fait le chien juste à côté moi monsieur
33. S : Oui mais appelez le Bobby plus fort
34. H : BOBBY ? BOBBY ? non rien….rien fait hein est ce que vous pouvez venir ou pas
35. S : Non monsieur
36. H : J’ai appelé, j’ai appelé le police mais police y répond pas je sais pas
37. S : C’est un mâle ou une femelle ?
38. H : Non je sais pas même pas deux heures même pas deux heures j’ai appelé
39. S : Allô
40. H : Tout à l’heure… à cause ce chien
41. S : Allô
42. H : Ah cause ce chien j’ai resté dehors
43. H : Allô
44. S : Oui excusez moi mais il s’appelle pas Bobby il s’appelle Jr
45. H : Pardon, pardon ?
46. S : Il faut faire appel à la SPA monsieur
47. H : Mais si il faut venir ici
48. S : Je vous dit il faut appeler la SPA
49. H : SPA ?
50. S : Pas la espia, la SPA
51. H : SPA, est ce que vous pouvez me donner un numéro de téléphone ?
52. S : Bien sûr quittez pas monsieur

53. H : D’accord
54. S : z’avez de quoi noter ?
55. H : Oui
56. S : Alors le 01 43 80 40 66
57. H : 01
58. S : 43
59. H : 43
60. S : 80
61. H : 80
62. S : 40 66
63. H : 40 66 d’accord merci au revoir

Dans cet appel, le changement de ton intervient au cours même de l’échange. Les ouvertures et les fermetures sont classiques, mais le stationnaire tourne le requérant en ridicule, s’amuse à ses dépens et joue sur les limites d’acceptabilité de la plaisanterie. D’un point de vue formel, on observe une provocation particulièrement poussée en 13 et 19, puis une réaction en 20, un apaisement en 21 et à nouveau, une provocation en 51. Du point de vue du contenu, la plaisanterie dure et connaît même des rebonds, puisqu’elle commence en 17, est réalimentée par les collègues en 19, et se termine en 44. On revient ensuite à un ton et un exercice « normaux », apportant une réponse et clôturant l’échange comme s’il s’était déroulé de façon parfaitement ordinaire. Or le stationnaire joue, durant l’essentiel de l’échange, avec la limite de ce qui peut être une « conversation normale » ; il tire également parti de l’aparté et, probablement, du maniement approximatif du français du requérant, pour exprimer plaisanteries et piques sans qu’il puisse aisément les relever. Les offenses sont ainsi toutes indirectes, mais réelles, nombreuses et publiques – là étant, on le suppose, l’intérêt du jeu : pouvoir se moquer du requérant devant lui, et avec les autres, sans qu’il puisse réagir ou, du moins, sans être certain de réagir à bon droit. En outre le requérant espère jusqu’à l’a fin une intervention, ce qui peut le pousser à « laisser dire », à jouer lui aussi sur l’ambigüité du stationnaire pour « ne pas comprendre » et donc, ne pas relever l’offense.

Nous reviendrons à la fin de cette partie sur ces marges de la relation au public, et à certains publics. S'agissant du rapport au groupe, les liens et les échanges de tous ordres à l'œuvre dans la salle 18 déploient des relations d'une densité inconcevable si l'on s'en tient aux seuls termes de collègues, opérateurs, ou collaborateurs. La fréquence et la qualité des *code-switching* en sont un indicateur : ils témoignent du besoin d'en appeler aux autres et de se manifester à eux, même dans le moment précis d'un dialogue bilatéral avec l'appelant, et de mettre à distance, d'une façon parfois extrême, le rôle de pur « répondant » au « service du public ». Ainsi le *code-switching* peut-il être relié à la notion goffmanienne de « distance au rôle » quoi que de façon paradoxale, ici.

La distance au rôle est envisagée par E. Goffman dans un article qui débute ainsi :

> « Il y a des cas où la scène d'activité produit chez l'individu un moi (*self*) qu'il répugne apparemment à accepter ouvertement, puisque sa conduite suggère qu'il y a peu d'affiliation entre lui et son rôle »[228].

E. Goffman y relève la subtile latitude qui permet tout de même au chirurgien dont il est question dans l'article de jouer avec son image sans mettre en danger son autorité ni son professionnalisme. L'hypothèse de Goffman est même que le chirurgien introduit l'humour et l'autodérision et adoucit ordres directives et rappels à l'ordre pour favoriser la réalisation de la meilleure performance collective possible. L'appel n°38 présenté ci-dessus ne fonctionne évidemment pas sur le même registre : le stationnaire y détourne les règles de l'accueil non pas au bénéfice mais aux dépens de l'appelant, et le *facework* auquel il s'adonne s'attache moins à soigner le professionnalisme en lui, que son humour aux frais du requérant. Le *code-switching*, très répandu dans de nombreux milieux professionnels, qui s'exprime ainsi en permanence au CCOT sert parfois à détendre l'atmosphère ce qui peut favoriser une meilleure performance collective et durable mais ici, manifestement, il s'agit surtout de jouer, dans un espace temps limité, le groupe *contre* le requérant.

[228] E. Goffman, « La « distance au rôle » en salle d'opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3, n°143, pp. 80-87.

Nous avons vu en détail en quoi l'activité des stationnaires relevait, de diverses façons, d'une approche en termes de multiactivité, prise comme ressource (écoute flottante), risque de débordement endigué par un fonctionnement « en série », très équipé visant la rapidité et la simplification des gestes et des procédures et mutuellement contrôlé.

Entrons maintenant dans l'approche symétrique de l'activité des SAU, en utilisant cette partie sur le code switching comme transition vers les formes de multi-activités ou de réaction au risque qu'elle représente propres aux SAU.

3.2.3. Digression sur le space-switching

Dans les SAU, si les *code-switching* sont très courants, on ne retrouve cependant pas de situations de coalition entre professionnels contre patient, comme dans l'appel n°38. Ce qui s'observe est plutôt une alternance dans l'interaction entre, d'un côté, les échanges entre professionnels, avec tutoiement et illocutoire fort (ordres, conseils, formulations incitant l'autre à *faire* quelque chose) et, de l'autre, les échanges avec le *groupe du patient*, marqués par des tournures essentiellement interrogatives (« alors qu'est-ce qu'il a ? » ; « tu me montres où tu as mal ? » ; « et vous avez donné quelque chose ? » ; « il a déjà eu… ? ») et confirmatives (« oui », « d'accord », « je vois », « mmmh », « très bien » ; hochements de tête).

Ils marquent également très nettement et systématiquement les différences de catégorie entre parents (vouvoiement, registre de la décision, des antécédents) et enfants (tutoiement, le corps se penche, se rapproche, questions simples sur le ressenti ou l'expérience récente : « tu as mal comment ? » ; « tu as mangé beaucoup de tartines ? »).

En nous appuyant sur les réflexions précédentes, nous voyons qu'il y a, du fait de la configuration spatiale et face-à-face des interactions aux SAU, dans le même ordre d'idée que le *code-switching,* une sorte de commutation spatiale que nous appellerons *space-switching* et qui remplit un peu la même fonction.

Changer de lieu, même à un pas du lieu précédent, sortir du box ou passer derrière le comptoir, voire aller en salle de repos ou de coordination, permet ainsi de changer immédiatement d'interlocuteur et de cadre discursif : en changeant de lieu, on clôt (temporairement) une interaction et l'on peut alterner ainsi contact au public et contact entre professionnels. Ces *space-switching* ont, comme les *code-switching,* différents contextes et même différentes fonctions. Discuter du cas d'un patient entre professionnel et, précisément, sans le patient ni sa famille est une pratique constante – et toujours liée à un éloignement du box.

Comment le comprendre ? Selon notre hypothèse, il s'agit là d'un tâtonnement, collectivement institué et réalisé. Tout comme au théâtre, on ne répète pas devant le public, consacrant ainsi la différence entre les comédiens et les spectateurs, mais aussi entre la répétition et la représentation. Les professionnels ont besoin de pouvoir tâtonner, tester, puis rejeter diverses hypothèses, ensemble, et hors de la présence des principaux intéressés à leur *performance*[229] finale : l'interaction au cours de laquelle ils vont délivrer diagnostic et traitement.

Le *space-switching* renvoie encore à la volonté d'échapper aux tensions et aux désagréments de l'interaction en cours. Il permet, enfin, de prendre une pause.

---

[229] On pense ici à Y. Winkin, qui disait préférer le terme de performance à celui de représentation, ce dernier étant dans l'œuvre d'E. Goffman un choix de traducteur pour coller à la métaphore dramaturgique. Ainsi, peut-on du moins mettre sur un même plan la représentation et la performance et filer à notre tour la métaphore. Voir Y. Winkin, *Anthropologie de la communication*, Paris, Seuil, 2001.

Dans tous les cas, le *space-switching* correspond bien à ce que Goffman appelle des pares-engagements[230] (*involvement shields*), c'est-à-dire des moyens de diminuer ou de se retirer d'un certain degré d'engagement au sein une situation. Les moyens peuvent consister à ne pas entrer du tout dans la situation, pour éviter les engagements qu'elle comporte (comme nous le verrons avec les donneurs d'alerte qui ne restent pas sur les lieux pour attendre les pompiers), ou à se ménager des coulisses et des temps hors du contrôle social lié aux activités sous le regard d'autrui. Goffman parle ainsi de la salle de bain comme lieu de pare-engagement, et nous parlons de salle de repos comme lieu de repli. On voit bien, aux urgences, que manifester son engagement dans une autre activité (regarder des feuilles d'examen, avoir un dossier médical sous le bras ou une seringue à la main) revient à jouer du fait d'être justement sous le regard pour indiquer d'autres engagements, et fait donc office de pare-engagement, vis-à-vis d'une interaction particulière qu'il s'agit d'interrompre ou de suspendre.

Il ne s'agit donc pas seulement de déplacement, mais de mise en scène : les professionnels *volens nolens* laissent planer un ordre inconnu du public lorsqu'ils s'engouffrent avec assurance dans une pièce dès l'interaction terminée, ou même au beau milieu de celle-ci. Le public peut se dire que c'est là une règle du lieu, une organisation experte, qui exige que les professionnels se rendent en urgence dans telle pièce, ou quittent les lieux prestement. En cela, il y a « *switch* » plus que « *move* » : le professionnel ne s'éloigne pas, il passe à autre chose qui se passe ailleurs. Ajoutons qu'il ne s'agit souvent même plus alors de rendre d'autres engagements *accountable* mais de compter sur la logique du public qui, voyant le déplacement, déduira l'engagement concurrent[231].

---

230 E. Goffman, "les pare-engagements", G. Bateson *et al. La nouvelle communication, op. cit.*

231 Est-ce pour autant toujours une fabrication goffmanienne, manière de jouer des cadres qu'autrui est susceptible de poser sur les apparences qu'on lui sert à dessein? Entre *accountability* et fabrication, la nuance est dans l'intention.

Lorsque le médecin clôt une discussion et, sans s'éloigner vraiment, en restant en vue de la famille, passe derrière le comptoir pour s'absorber dans la lecture d'un résultat d'examen, la famille dont le cas n'est pas résolu le laisse néanmoins à ses occupations, en attendant qu'il se rende à nouveau disponible. Il en va d'une sorte de code que le public ne connaît pas, mais suppute et généralement, respecte. Autrement dit, aux urgences, dans l'interaction professionnel-patient, les règles usuelles de coprésence sont transgressées. Le médecin peut abandonner une consultation sans s'expliquer, cesser de dialoguer pour faire autre chose, sans parler même des usages du toucher et du dévoilement du corps, impensables dans d'autres contextes, et entourés ici de rituels de cadrages très marqués (blouse, porte du box fermée, etc.).

On peut identifier ainsi ces micro-déplacements à des formes de *code-switching.* Ils traduisent eux aussi, non pas dans le discours, mais dans cette autre dimension de l'interaction qu'est la présence corporelle, des changements de cadre et d'interlocuteurs, au cours d'une même grande séquence de prise en charge d'un patient. Comme le *code-switching* ou la distance au rôle, ils relèvent aussi bien de la technique professionnelle que d'une prise de distance avec le travail – et en l'espèce, puisqu'il s'agit de *métiers du public*[232], avec le public.

Ces commutations de code, d'espace et de rôle intéressent donc directement la question de la tiercéité, et de dialectique de la distance et de la proximité entre professionnels et public. Elles constituent des manières d'aller et de venir entre plusieurs situations en même temps, aussi bien pour desserrer l'étau des contraintes formelles de l'échange que pour insérer *en cas de besoin* d'autres séquences dans la séquence principale. Par exemple, en lançant une autre ligne d'action avec un collègue tout en continuant l'interaction avec le patient. Au-delà de la solution de multiactivité qu'elles représentent, ces commutations sont bien le signe d'un

[232] I. Joseph, G. Jeannot, *Les métiers du public*. *op. cit.*

rapport au public qui a besoin *d'échappatoires*, à la fois pour des raisons de procédure et pour diminuer – par la mise à distance – la tension inhérente à la surexposition, au téléphone ou en face-à-face.

4. RYTHMES CROISES DU PUBLIC ET DES PROFESSIONNELS

La multi-activité comme risque de sollicitations, comme préoccupation ou comme organisation, nous conduit à prendre en compte une autre notion, celle de la temporalité, qui, sans relever directement de la multiactivité a priori, entretient avec elle dans les SAU et pour leurs professionnels des liens étroits. L'analyse des métiers de l'urgence afin de rendre compte de l'expérience de l'activité qu'ont les professionnels consiste dans ce chapitre à suivre la voie des rythmes, des tempos, des quantités de tâches et des temporalités qu'elle suggère, en lien avec les questions d'enchâssement et de succession, de traitement en parallèle ou en série du flux à traiter. Face à un haut niveau de sollicitations quotidiennes, suivre les rythmes croisés du public et des professionnels conduit alors à observer notamment, dans les deux services d'urgences pédiatriques, une prise de distance des professionnels vis-à-vis du rôle de secourant omnipotent. Voyons comment la question des temporalités de l'urgence et l'interaction entre public et professionnels sont liées.

L'urgence est un terme indexical : comme « je », « tu », « ici », « maintenant », etc., il se rapporte à un contexte. Il décrit en outre une réalité en creux : l'urgence, c'est ce qui ne peut attendre sans risque ni danger, quoique son traitement suppose l'écoulement d'une durée.

Au 18, en amont de la prise en charge, il faut faire très vite (moins d'une minute) et la question de l'attente ne se pose pas. S'observe même plutôt une tension entre la longueur du récit de l'appelant (jusqu'à quel niveau de détail, et d'informations contextuelles aller) et la nécessité de faire court du stationnaire, comme dans l'appel n°15 de l'ex-mari. Le risque

existe aussi que l'appelant, stressé, impatient, raccroche avant d'avoir donné les informations minimales nécessaires à l'envoi.

Aux SAU, en revanche, la question de l'attente se pose de façon différente et problématique : à une grande densité de tâches à faire pour les professionnels, correspond une attente importante du côté du public, c'est-à-dire des patients et des parents. Analyser l'interaction entre usagers et professionnels au sein des services pédiatriques, c'est ainsi décrire *un écart de rythme* et les effets du contraste qu'ils produisent.

Les personnes qui fréquentent les urgences y passent en général plusieurs heures, parfois plus de 24 heures (hors hospitalisation). « Urgence » ne signifie donc pas brièveté de l'épisode hospitalier, mais rapidité de l'évaluation médicale, puis prise en charge continue sur les lieux. Sa définition met en regard, et souvent en concurrence, les points de vue du malade, de l'accompagnant et du professionnel. Pour chacun, les SAU sont un lieu et un moment dans le cours de l'activité, un espace-temps qui s'intègre dans un ensemble plus vaste : cadre ordinaire d'activité pour les uns, parenthèse souvent déstabilisante et peu familière pour les autres. Les temporalités du public et des professionnels apparaissent à la fois liées et antagonistes.

4.1. L'attente

Les délais entre l'enregistrement du patient à son arrivée et son départ du service des urgences varient de 2 à 6 heures selon les services et les heures[233]. Dans les deux services étudiés, le temps passé aux urgences est en moyenne de 3 heures.

233 *Rapport 2007 de la cour des comptes, op. cit.*

La durée de la prise en charge est sans rapport avec son urgence : les urgences sont un lieu où l'on attend. Cette attente n'est pas, du moins pas seulement, le fait d'une faible absorption du flux des arrivées. Elle est également constitutive du soin. Périodes d'observation, temps de passage d'une perfusion, retour d'examens, sont des moments incompressibles et font partie de la prise en charge. Pour le public, l'épisode aux urgences s'étire donc de longues heures, non seulement du fait de l'attente avant la prise en charge, mais également de la multiplication des séquences qui forment cette prise en charge.

Même quand un patient est examiné immédiatement (urgence prioritaire ou salle d'attente déserte), plusieurs cas de figure peuvent faire suite à l'examen. C'est au moment de poser un diagnostic, dans la phase plus ou moins longue qui suit l'attente post-admission, que les différences de contextes font surgir des variations[234]. La première est relative au temps nécessaire au médecin pour poser son diagnostic, compte tenu de l'activité du service, c'est-à-dire de l'affluence et des autres patients, de la disponibilité des autres professionnels (infirmiers, aides-soignants, collègues, spécialistes) et du matériel à requérir (brancard, services d'examen : radio, analyse de prélèvement). La seconde dépend, selon la pathologie, de la coopération du patient et de sa famille et, de là, des ressources médicales et linguistiques de ces familles. La troisième est fonction de l'évaluation par le médecin du traitement et du suivi, de la légitimité de la visite et de la meilleure stratégie à adopter : faire sortir au plus vite pour se concentrer sur les cas graves, garder en observation, ou hospitaliser. Le circuit de soin habituel est le suivant : admission, (salle d'attente), consultation, (soins infirmiers), diagnostic, traitement (réalisé ou prescrit), hospitalisation ou sortie. Cet enchaînement peut paraître mécanique, mais ce qui s'y joue est à la fois routinier et singulier, technique et

[234] Rappelons que, du côté des services d'urgences, le nombre de visites ne cesse d'augmenter, beaucoup plus vite que les moyens et les effectifs. Au niveau de la répartition interne des cas, les patients sont orientés soit en urgences chirurgicales et vus par des chirurgiens, soit en urgences médicales et vus par des médecins généralistes, si bien que les deux types de personnel ne vivent pas au même rythme. Il y a généralement nettement plus d'urgences médicales, que chirurgicales.

relationnel, réglementé et inventif, prévisible et surprenant, performant et délégatif, procédurale et pragmatique.

Le temps que prend la prise en charge varie considérablement d'un cas à un autre. Un enfant qui s'est luxé le coude, chose courante, peut par exemple repartir immédiatement. S'il est vu par un personnel de chirurgie pouvant pratiquer des actes, rédiger l'ordonnance, etc., l'examen donne lieu à un diagnostic immédiatement suivi du soin : le professionnel fait une petite manipulation du bras de quelques secondes et le coude est remis en place ; l'enfant ne souffre plus, et se ressert de sa main ; lui et sa famille peuvent ressortir ; la note est envoyée au domicile ou réglée sur place. L'épisode entre le début de la consultation et la sortie des urgences, passé la salle d'attente, dure moins de dix minutes. Mais si l'enfant est examiné par un *externe*, qui détermine le diagnostic et doit ensuite parvenir à déplacer un responsable qui réalisera ou contrôlera la manipulation, cette simple séparation de l'acte en deux étapes peut étirer considérablement le temps passé dans le service : il faut qu'un responsable soit à proximité (et non auprès d'un autre patient ou en pause déjeuner), que l'externe le convainque de venir, qu'il valide le diagnostic et qu'il pilote la manipulation. Il faut encore que l'externe ne soit pas requis pour autre chose : les rapports hiérarchiques sont puissants entre les externes et le personnel non externe, y compris les infirmier(e)s. Si sa présence est réclamée, il ne peut ni s'y soustraire ni la remettre à plus tard. En outre, il cherche dans le cadre de sa formation à participer aux actes qu'il n'a pas encore tentés, quitte à faire attendre un patient au cas banal. Enfin, un externe dépend de son tuteur, qu'il doit chercher en priorité. Si son tuteur est là mais occupé, il cherchera à faire examiner son patient par lui plutôt que par un autre personnel de chirurgie, fut-il disponible, du moins quand le tuteur peut remarquer qu'il n'a pas été sollicité en premier. De fait, selon que l'enfant souffre et que le tuteur est plus ou moins conciliant, à portée de vue ou non, l'externe demandera le concours du supérieur le plus arrangeant ou disponible ou pourra attendre des heures que le tuteur se rende disponible.

Dans un autre cas de figure, l'état du patient peut nécessiter un deuxième avis, voire l'avis de l'expert, qui travaille dans l'un des services spécialisés de l'hôpital et qu'il faut parvenir à contacter, puis à faire venir aux urgences. Comme précédemment, le délai est alors celui nécessaire pour faire se déplacer le deuxième avis.

Troisième possibilité, des examens peuvent être demandés. Il faut alors que les infirmier(e)s pratiquent le prélèvement, que quelqu'un l'emmène à l'analyse, que les analyses reviennent et que le responsable les remarque, les lise, en tire les conséquences, revoie le patient puis, selon les analyses, le fasse sortir, lui applique des soins, demande d'autres examens, le place en observation ou l'hospitalise.

Chaque étape comprend donc son propre lot de motifs d'attente et rallonge le temps avant la sortie. Pour chaque acte à faire, quelqu'un doit être mobilisé, qui est pris lui-même dans une pluralité d'activités qu'il doit classer par priorité et mener à bien. Spatialement, chaque acte suppose aussi un déplacement et un lieu disponible, ce qui implique à nouveau de se soumettre aux ressources et aux disponibilités à l'instant T.

On le voit, l'attente dépend de deux champs d'intervention : établir un diagnostic, réaliser un traitement. Ces champs d'intervention se mêlent à trois contraintes : définir qui peut le faire, comment le faire (ressources matérielles, équipement) et où le faire. C'est ce tissage des fins et des moyens qui détermine le temps de la prise en charge. Plus il y a de patients en même temps, plus des contraintes pèsent sur les interventions et plus les positions du public et des professionnels sont inconfortables.

4.2. Ce qui mobilise, ce qui démobilise

Certains facteurs jouent sur la durée entre l'arrivée et la sortie du service des urgences : la gravité du cas, d'abord, va réduire ce délai jusqu'à ce que le patient soit hors de danger immédiat, puis le temps pourra se dilater à nouveau. En cas de grande douleur, la délivrance d'antalgiques pourra être rapide et prendre le pas sur le diagnostic, avant que le temps ne s'étire à nouveau en fonction des moyens disponibles et des priorités du moment.

Le passage aux urgences, selon les maux du patient et la disponibilité des effectifs, s'accompagne de rencontres médicales plus ou moins brèves et nombreuses, qui influencent assez largement le ressenti des patients et des accompagnants quant à leur « accueil » : perception de la qualité d'accueil et temps d'attente ressenti sont particulièrement liés[235]. Ainsi, à temps d'attente équivalent, le temps perçu se dilate et l'impression est plus négative si le personnel n'est pas disponible et ne donne pas d'indication du temps d'attente à escompter. En somme, selon une série de variables, le patient fera l'expérience d'une prise en charge contractée ou dilatée dans le temps, et plus ou moins entouré par le personnel médical et soignant.

Certains soins et examens amènent le patient à attendre sans recevoir de visites médicales ou infirmières ; d'autres, reposent entièrement sur l'entourage [236]; d'autres encore, mobilisent pleinement un ou plusieurs professionnels. Ainsi, une crise d'asthme peut faire alterner aérosols assistés par le parent mais sans présence du personnel médical, et séances de kinésithérapie, intégralement et longuement pratiquées par un professionnel. A l'inverse, un

---

[235] Voir *DREES, Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières,* n° 215, 2003 ; *DREES, Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale*, n° 212, 2003 ; C. Taylor and J. R. Benger « Patient satisfaction in emergency medicine, a review of 10 years studies in Europe and USA », *EMJ*, 7 mars 2003 ; *Urgence Pratique*, *La satisfaction globale des patients aux urgences est-elle comparable à celles des soignants ?*, n° 90, 2008.

[236] Voir seconde Partie.

enfant souffrant d'une fracture sans complication, et dont l'accompagnant est reparti, attendra seul et sous analgésiques qu'un brancard l'emmène en service de radiologie. Quand aux nourrissons, ils sont souvent entourés, transportés, bercés, divertis, tant par les médecins que par les infirmiers. On s'occupe plus d'eux que des autres enfants. Leur « prise en charge » n'est pas uniquement médicale.

Enfin, notons que certains cas ont tendance à attirer l'attention de tous côtés si bien que ces patients sont en général traités plus tôt et selon une temporalité plus contractée que les autres. Il s'agit de pathologies rares, graves, impressionnantes ou nécessitant des compétences particulières pour le diagnostic (troubles neurologiques soudains) et le traitement (certaines opérations chirurgicales).

C'est tout le service qui peut se trouver « aimanté » à ces cas : les externes sont sommés de s'y intéresser, les internes l'examinent spontanément, les responsables, appelés pour les cas graves, prennent ces dossiers en priorité et requièrent immédiatement infirmiers et aides-soignants... Ainsi, le cas neurologique (risque vital et contagieux important) ou la molaire arrachée (geste chirurgical), sont pris en charge immédiatement, mobilisent beaucoup d'acteurs, y compris en dehors du service et entrainent une contraction maximale de la durée de chaque séquence.

Le cas de la réimplantation dentaire est intéressant : il s'agit d'une urgence véritable, du point de vue de l'acte technique, quoi que sans mise en danger de l'enfant. L'objectif est de parvenir à remettre la dent dans son emplacement très rapidement, pour que les tissus la ré-enchâssent sans avoir eu le temps de se tuméfier ou de cicatriser. Son succès dépend de trois conditions : la connaissance de cette opération, donc la *disponibilité* d'un chirurgien spécialisé ; le temps écoulé depuis l'arrachage (plus il est court plus les chances sont importantes) ; l'état de la dent arrachée.

L'opération elle-même est délicate, complexe, impressionnante et très technique. Il faut notamment que le chirurgien crée à même la gencive une sorte d'appareil dentaire de fortune maintenant la dent dans son emplacement le temps que la mâchoire l'intègre à nouveau et que la gencive se reconstitue. L'opération est très attractive du point de vue technique (l'apprentissage sur le tas en assistant et participant à de nouvelles opérations est l'un des modes principaux de formation des médecins). Elle a attiré dans le box jusqu'à une dizaine de personnes, passant à un titre ou un autre et en profitant pour « voir ce qui se passe ».

La venue du spécialiste est généralement soigneusement soupesée et préparée : le « faire descendre [237]» trop tôt (la salle n'est pas prête) ou pour rien (on pouvait s'en sortir sans lui) pose des difficultés d'ordre essentiellement protocolaires. Le problème n'est pas que l'on perde un peu de temps, ou que l'on n'optimise pas complètement la séquence, mais que l'on ait abusé de son temps. Il incarne une ressource précieuse à laquelle il faut pouvoir recourir à nouveau en cas de besoin. Sa mobilisation par les urgences s'accompagne d'une forme de révérence, même si de fait, c'est bien un dispositif de mobilisation des ressources hospitalières locales qui est à l'œuvre : l'interactionnel et les rapports de statut traversent les procédures. On pense d'ailleurs à ce passage de « la distance au rôle en salle d'opération, de Goffman, qui correspond presque parfaitement à ce que nous avons observé :

> « S'il existe une situation dans notre société où les acteurs sont pleinement conscients du poids et de la dignité de leur action, c'est bien celle-ci [l'opération chirurgicale]. Une représentation hollywoodienne s'engage : le chirurgien en chef, tout de blanc vêtu, s'engouffre dans la salle d'opération, une fois que ses assistants ont anesthésié et ouvert le patient. Le cercle autour de la table s'ouvre automatiquement pour lui laisser la place. Il marmonne quelques phrases qu'il ne termine pas, puis, sans hésiter, presque silencieusement, se met au travail, sérieux, sévère, se hissant avec compétence jusqu'à l'image que lui et son équipe ont de lui. »

---

[237] Lorsqu'il appartient à l'un des services de l'hôpital, situés dans les étages alors que les urgences sont en rez-de-chaussée, comme ici.

La part relationnelle – E. Goffman l’aborde sous l’angle de la mise en scène de soi et des révérences et différents rituels faits à chacun selon sa place – apparaît comme une dimension importante de la performance globale du service.

E. Goffman souligne d’ailleurs dans un autre texte les effets et les conséquences de la valeur de certains acteurs sur l’organisation d’une institution :

> « (…) A partir du moment où une organisation complexe tend à dépendre de personnes particulières, le déroulement habituel des situations de la vie du travail et hors du travail – soit le train-train quotidien – produit, dans la mesure où ces personnes peuvent être blessées physiquement ou enlevées, des situations qui peuvent causer des préjudices à leur organisation. (...) Il ne s'agit de rien d'autre que de risques[238]. »

Il nous engage ainsi à considérer l’impact de certains acteurs sur l’organisation générale du service. Il existe effectivement, tant pour les pompiers (capitaine, puis préfet et partenaires divers en cas de besoin) que pour les urgences hospitalières (spécialistes), une économie des personnes ressources qui s’accompagne de modes particuliers de leur mobilisation. En l’occurrence, le risque est surtout qu’ils ne veuillent plus « descendre aux urgences », se fassent prier, ou attendre… sortes de *tiers* parmi les professionnels, rares et ponctuellement recherchés, ils font partie du système de secours en tant que ressource et potentialité mais ne participent pas à l’activité ordinaire. Leur apparition est ainsi un indicateur de l’activité du service (qui se concentre donc autour de la performance de la personne ressource) et de la particularité du cas concerné (qui sort de la filière de traitement normale).

4.3. Temporalités clivantes

En SAU, la poly-activité des professionnels les conduit à morceler le suivi de chaque patient, à les intercaler, ce qui tend à produire, pour le patient et son groupe, l’expérience d’une attente « isolée parmi le nombre » : au milieu de tout le monde et relativement ignorée

[238] E. Goffman, *Les Moments et leurs hommes*, Paris, seuil, 1988.

des professionnels qui pourtant sont partout, vont et viennent, essentiellement pour d'autres[239]. La question du temps est intégrée aux procédures et aux techniques, non pour diminuer l'attente du public mais pour réduire le *risque*.

Pourtant la problématique du temps se présente de façon quasi opposée entre ces deux moments de la prise en charge, que constituent l'appel aux pompiers et le séjour aux urgences. Si l'appel est bref, et le secours rapidement sur les lieux (moins de 10 minutes), aux urgences, en revanche, le public attend, au milieu d'un personnel au contraire très « occupé », qui vit une rapide et incessante succession de séquences, passant d'actes en actes, de box en box et de patients en patients. En cas d'affluence coexistent ainsi deux rythmes opposés : celui du public qui se dilate à l'extrême et celui de l'équipe qui se contracte au maximum. Si l'afflux de patients ne change pas foncièrement le travail des professionnels, qui continuent d'enchaîner les actes et les consultations, il altère en revanche son cadre d'exercice, en réduisant le temps à consacrer à chacun, en augmentant l'enjeu d'évaluer au plus vite l'urgence, et en exacerbant les *tensions* relationnelles avec un public excédé, dont l'attente augmente l'inconfort et la douleur le cas échéant.

Même l'espace de circulation, de plus en plus encombré à mesure que les patients s'accumulent, devient alors un enjeu écologique qui pèse sur la performance et accroît l'énervement de tous, patients entassés et professionnels, de plus en plus pressés, gênés dans leurs déplacements. Dans ces circonstances, de plus en plus de patients (leur famille en fait) tentent bien sûr de questionner les professionnels, qui passent parmi les brancards et les tabourets, ce qui contribue à les ralentir et les énerver.

Ainsi, l'affluence est à la fois la raison d'existence de ces services, et le contexte de la tension la plus forte entre les professionnels et leur public.

---

239 Cette fragmentation s'explique bien sûr avant tout par la nécessité pour les médecins des urgences de traiter plusieurs dossiers en même temps tout en restant constamment disponibles pour intercaler le cas échéant un cas plus urgent qui ferait irruption.

Face à cette affluence qui justifie en excès l'activité des services d'urgence, et en même temps, l'épuise[240], le travail de tri réalisé par les professionnels du premier contact est indispensable à la continuité même des services. Sans tri, pompiers et SAU se trouvent bloqués en quelques dizaines de minutes (et malgré le tri, ils se considèrent volontiers comme débordés). Regardons comment cet aspect essentiel de leur travail rencontre les demandes des requérants et parvient à s'effectuer, dans quel type de rôle et dans quelle position elle place chacun.

5. DU TRI AU TRIAGE

Tri des stationnaire afin de distinguer les cas qui appellent une intervention des pompiers de ceux où elle doit être refusée, *triage* au SAU pour hiérarchiser les patients selon le degré d'urgence : deux facettes d'une même nécessité des services d'urgences de ne pas s'en ternir à une distribution automatique de services au premier arrivé. Leur indépendance est d'autant plus grande qu'ils ne sont pas pris dans une relation de clientèle, comme l'est le médecin référent, par exemple. Le mécontentement du public n'est donc pas réellement pénalisant pour le service (même s'il l'est éventuellement pour les conditions d'exercice).

Le tri est, du fait de l'enjeu pour les requérants et de cette indépendance présumée, un moment de tension qui porte donc précisément sur la peur du public de faire face à des professionnels qui ne comprendraient pas la gravité de la situation, ou pourraient abuser de ce pouvoir de tri (c'est peut-être ce dont relève de nombreuses altercations portant sur le sentiment d'être victime du racisme de tel ou tel professionnel, accusations courantes dans les services étudiés). L'enjeu du pouvoir dont le professionnel est détenteur entraine ainsi des stratégies interactionnelles du côté du public.

---

[240] Voir annexe, « Jérôme ».

Le public met ainsi constamment à l'épreuve le cadre décisionnel que le professionnel doit, de son côté, constamment poser autour de sa pratique, préserver, rappeler, construire et défendre.

D'autre part, dans la situation de tri, seuls des critères objectifs et techniques sont acceptables collectivement pour justifier des refus de prise en charge. Une partie de la demande de secours tient ainsi du recours à une instance extérieure qui saura arbitrer quant à l'urgence et à la gravité du problème (l'autre partie étant, quand même, avant tout, l'espoir d'une solution inatteignable par des moyens privés). Ainsi le travail de tri est également, et paradoxalement, l'indice et le gage d'une intervention capable de dépasser les enjeux et les parties privés. Menée par des tiers elle est a priori fondée les décisions sont sinon mieux informées, en tout cas moins empêtrées dans le contexte local de la crise. Le temps du tri met en tension le professionnel à la fois comme « juge impartial » dont on *recherche* la compétence et l'impartialité, et comme *divide et impera* potentiel, susceptible d'user de son pouvoir pour favoriser ou léser selon d'autres critères que ceux de la justice. Bien sûr, l'interaction ne tourne pas seulement autour de ce type de rapport ; coopération, enquête conjointe et compréhension mutuelle traversent aussi l'expérience interactionnelle du secours d'urgence. Pourtant cette tension liée au pouvoir détenu par le professionnel, opposé à l'impuissance et la vulnérabilité du public, apparaît dans de nombreux échanges où le requérant met en doute les principes du professionnels ou tente diverses stratégies censées améliorer la manière dont il sera traité.

Ainsi, quotidiennement, des requérants tentent de personnaliser la présentation de ce qui les amène ou de « réchauffer la relation », en la tirant vers une tonalité plus familière, et s'affrontent alors souvent aux efforts symétriques du professionnel pour maintenir résolument l'échange en dehors de considérations privées. Car nous pourrions dire que le professionnel, en particulier le pompier, et pour d'autres raisons, parfois le médecin (moins les soignants)

résiste, en général, au réchauffement et plus encore à la personnalisation de la relation. Pour affiner la portée et nuancer l'idée générale d'une distance *entretenue* par les professionnels, en tirer les conséquences regardons en quoi cet aspect fondamental de l'activité des services d'urgence se traduit dans la nature de l'interaction, et avant tout, comment se déroule en pratique l'évaluation, le tri et le triage, élément crucial de la relation, selon les services. N'y a-t-il pas dans ce travail du tri et ses conséquences interactionnelles et relationnelles une caractéristique du secours d'urgence ? Voyons en somme dans quelle mesure l'hypothèse d'une *tiercéité* représentée par le recours aux services d'urgence pour le requérant intègre à la fois d'autres intérêts que ceux du requérant en ligne ou dans le box à l'instant T et une part de distanciation, au nom de l'intérêt général.

5.1. Le travail de tri au 18

Les pompiers ont à réaliser, au risque sinon de bloquer le système d'intervention, une activité de tri des demandes, et en général d'éviction. Les quatre cinquièmes des appels traités ne se concluent par aucune intervention et, si l'on veut, ne satisfont pas les attentes des appelants. Dans ce contexte, une forme de grève du zèle consiste même pour les stationnaires à envoyer systématiquement les « camions » pour toutes les demandes entrant dans la très riche nomenclature des motifs valables. Ceci aboutirait, nous explique un stationnaire du CCOT, à bloquer le système en vingt minutes.

5.1.1. Refuser l'intervention

Le tri fait partie des « objectifs organisationnels ». Il s'agit de garantir le bon fonctionnement et la continuité du système d'intervention. Il fait autant partie de la mission

des stationnaires de pallier les urgences que de refréner les départs en intervention. En cela, le CCOT est un service public qui, pour donner satisfaction, ne doit pas donner toujours satisfaction. Là réside une grande différence avec les urgences hospitalières, et le grand privilège qui reste aux pompiers : pouvoir refuser l'intervention.

Les urgences hospitalières, même lorsqu'elles laissent repartir les requérants sans ordonnance, ne peuvent, en principe, se soustraire à l'obligation minimale d'examiner toutes les personnes qui se présentent[241] – même si cela ne les conduit pas pour autant à « donner satisfaction ». Elles partagent toutefois avec les pompiers cette dimension de tri et de hiérarchisation des demandes, pour définir l'ordre de classement dans la file d'attente et le degré d'urgence à traiter chacun. En forçant le trait, il s'agit moins de satisfaire les attentes de l'usager, que de *prendre une urgence pour une urgence*. Cette dimension du travail a des répercussions sur la nature de la « relation de service » et constitue dans les deux cas une facette majeure de la tiercéité des services de secours. Elle s'entend non pas comme solution providentielle extérieure et désintéressée, mais comme instance de décision souveraine et indépendante, capable de résister aux pressions individuelles et collectives du public et de faire primer l'intérêt du service et (ou au nom de) l'intérêt général, sur celui du demandeur.

Le premier objectif du double mouvement de récolte et de vérification d'informations est de décider s'il y aura ou non envoi. Le travail du stationnaire consiste moins à satisfaire l'appelant qu'à effectuer un tri – pour ne pas risquer de gêner, voire de bloquer le système.

La liste de codage réunissant tous les cas de figures propres à l'envoi des pompiers (avec des entrées à 3 chiffres par centaine : 100 = feux, 200 = accidents, 300 = secours à

241 Nous verrons toutefois que le doute plane, entre services, sur la réalité de l'application de cette règle : « nous on refoule pas, c'est pas comme à … », disait ainsi une infirmière, contrariée devant les temps d'attente avant examen médical ce jour-là.

victimes,…) compte environ 150 motifs, soit une palette extrêmement large. Les stationnaires refusent souvent d'envoyer les pompiers pour des cas figurant pourtant dans la nomenclature.

Envoyer ou non les camions : le travail auquel se livrent les stationnaires consiste avant tout à évaluer, à calibrer en langage pompier et à coder une demande de secours – et éventuellement, à y répondre favorablement. Son appréciation n'est soutenue par aucun texte officiel mais s'il se trompe, il sera responsable, et tout est consigné, les appels sont enregistrés, et les téléscriptages, conservés et ressortis en cas de plainte. On voit ainsi le stationnaire fabriquer ses propres méthodes pour procéder aux arbitrages, à la fois les moins bloquants pour le système et les moins dangereux pour lui. Chacun se débrouille, fort surtout de son expérience des sinistres et de quelques techniques empiriques, plus ou moins licites (une voix d'enfant est suspecte, téléphoner d'une cabine est suspect, on contrôle que la personne donne le bon numéro de téléphone pour vérifier sa sincérité, on prêche le faux pour savoir le vrai, etc.). Les stationnaires évaluent en permanence les cas de figures rencontrés, d'autant plus attentivement que les décisions prises vont les engager personnellement et directement : l'évaluation vise autant à prendre la décision qui convient, dans l'esprit du système, qu'à se protéger d'éventuelles retombées, et à protéger les collègues contre des « daubes »[242]. Aussi, on constate *in fine* des décisions manifestement discriminantes.

Faire ces évaluations[243] nécessite un mode opératoire applicable et efficace *pour l'ensemble des appels*, un traitement qui s'il est ajusté n'est par définition pas personnalisé pour autant. Comme dans la plupart des évaluations systématiques, les stationnaires cherchent des indices précis et tendent à leur faire correspondre une action déterminée. Autrement dit,

242 Voir : « Les mauvais appels et les 'daubes' ».

243 Sur l'évaluation par le stationnaire, peu de choses existent en dehors de Dartevelle M., *De l'appel Au 17 A L'intervention D'un Equipage : Perspectives de Recherche et Etudes Du Travail en Salle de Trafic et de Commandement A Lyon*, Lyon, Université de Lyon II et I.H.E.S.I. 1993, mais sur l'évaluation de l'appel dans d'autres centres d'appels, on peut lire par exemple G. Fele, « La communication dans l'urgence. Les appels au secours téléphoniques », *Revue française de linguistique appliquée*, 2006/2.

ils n'improvisent pas une réponse, mais recherchent des éléments types. Ainsi, peuvent-ils prendre vite et, sans hésitation, une décision face à l'infinie variété des cas particuliers. Les indices utiles sont repérés dans le discours préliminaire à l'échange, puis recherchés systématiquement via un éventail de questions. Il s'agit moins de déterminer les modalités de l'envoi, que l'opportunité même d'envoyer. Et les critères peuvent être ici différents des critères officiels. Un appel de Neuilly par exemple pose le problème du suivi de l'affaire car les neuilléens ont la réputation de déposer plainte ; il faut donc être prudent. Un appel du 93 pose le problème d'une intervention dans un milieu considéré comme hostile (caillassages, insultes). Le stationnaire, ancien pompier, peut être tenté d'épargner aux collègues un tel déplacement, sachant que ce refus sera par ailleurs le plus souvent sans conséquence pour lui-même. Les critères de l'envoi n'ont alors que peu de rapport avec le besoin que l'appelant à des pompiers, sauf cas grave.

Cependant les grandes constantes d'envoi prévalent toujours. Un risque provoque systématiquement l'envoi, même de très mauvaise grâce ; certaines « détresse sociale » ou « urgences sociales » provoque beaucoup d'énervement, mais donne le plus souvent lieu à intervention, même si le problème ne devrait pas concerner les pompiers. Surtout, les appels d'adultes, parisiens, passent en général par le filtre officiel, et la décision prise ne dépend que d'éléments prévus et attendus par le système pompier : le stationnaire détermine si cela dépend des pompiers ou pas, si l'appel nécessite une intervention, ou non, dans un strict respect des « règles écrites ». Là, il ne change pas les règles officielles pour ses propres règles.

Ce travail de tri fait toute la différence avec les services d'urgence hospitaliers, qui doivent « voir tout le monde ». Ce tri signifie, pour l'appelant, un risque de ne pas obtenir d'intervention, risque qu'il peut soit anticiper, soit découvrir en situation. Cette dimension, de la performativité de l'appel – sous l'angle de sa réussite à provoquer l'intervention ou non –

est donc contenue dans l'échange. Un appel au 18/112 comporte le risque d'un refus et voit ainsi parfois se développer des formes de négociation, de persuasion et d'intimidation.

5.1.2. La crédibilité de l'appel

Un autre registre est celui des appels douteux. Quand le stationnaire refoule systématiquement les appels d'enfants, il ne se protège pas, il épargne aux collègues un déplacement probablement inutile. Dans ce cas-là, il prend en fait un risque personnel : si l'enfant appelle pour un problème grave et qu'on ne le croit pas, le stationnaire est coupable d'avoir manqué à son obligation de moyens et des suites malheureuses de son refus de traiter l'appel. Les stationnaires, quand on les interroge sur les dangers d'une telle discrimination, pour l'appelant et pour eux-mêmes, répondent que si c'est grave, l'enfant rappellera. Or il a une chance sur cinq d'avoir le même stationnaire au bout du fil. Le plus souvent, cette règle étant partagée par à peu près tous, il sera donc rejeté à nouveau. L'idée est qu'en tendance, on évite ainsi beaucoup de fausses alertes, qu'on décourage bien des canulars et des blagues, et que le prix – rater de vraies alertes, obliger l'enfant à insister – reste raisonnable.

Outre les canulars, les pompiers ont à se protéger contre les opérations abusives, où l'on fait déplacer pour un faux motif (exagération de la gravité ou du niveau de danger, pour obtenir qu'ils interviennent dans une situation qui ne relève pas de leurs attributions).

Ces phénomènes se repèrent dans les demandes qui sont à la limite du champ d'intervention des pompiers, en particulier les « ouvertures de porte », légitimes si un enfant

ou une personne à risque est enfermée, mais en dehors de leur compétence sinon, comme nous l'avons vu[244].

Le stationnaire mène en fait deux mouvements en parallèle : collecter l'information utile, et vérifier la crédibilité de l'appel. Les questions et les épreuves de crédibilité s'entrelacent complètement avec la structure du questionnaire de SYNTIA : crédibilité et information ne se traitent pas successivement, mais ensemble. Il reste que l'enquête du stationnaire commence, dès qu'il décroche le téléphone, avec ce doute : me dit-on ce que je dois savoir, me dit-on la vérité ? Il se poursuit tout au long du court échange. Le doute ne sera d'ailleurs pas nécessairement levé à l'issu de l'échange, car l'action prime. Des phrases comme « si ça se trouve, c'est un faux » ou « si c'est vrai, ils rappelleront » disent tout à la fois ce contexte d'incertitude et les prises mobilisées par le stationnaire : quel est le risque à envoyer, à ne pas envoyer, compte tenu de ce qu'il sait du quartier, de l'état des moyens disponibles, d'indices plus ou moins concordants en faveur de la crédibilité ou de la duplicité du requérant, etc.

Aux urgences pédiatriques, cette question de la crédibilité se pose aussi, quoique d'une façon moins aigue. D'une part, l'infirmier peut constater les symptômes de ses propres yeux, dans un grand nombre cas ; de l'autre, l'obligation faite aux services de « voir tout le monde » réduit l'enjeu d'un mensonge aux quelques cas où l'on cherche à obtenir un arrêt de travail ou un certificat de coups et blessures. Ce qui est très courant en revanche, bien plus que chez les pompiers, est une différence notable d'appréciation quant à la gravité du problème et, dès lors, l'utilité d'en passer par les urgences. Enfin comme nous l'avons vu en début de chapitre, aux urgences, à la suspicion d'abuser des urgences que les médecins peuvent faire peser sur le

244 Pour illustration, voir en particulier les appels n°7, 8 et 17, qu'il serait redondant de représenter ici et qui se trouvent en annexe.

public répond une suspicion courante du public sur l'égalité de traitement auquel il estime avoir droit, que le professionnel pourrait léser et qu'il fait donc défendre.

L'existence d'un *rapport de défiance* des stationnaire envers les requérants au 18, et d'un *jugement d'incompétence diagnostique ou d'abus du service* de la part des médecins ans les SAU nous semble ainsi caractériser une facette de la *tiercéité* des professionnels. Ce rapport suspicieux envers une partie des requérants rencontre en outre le sentiment des requérants d'être mal ou injustement traités.

5.2. Le triage aux admissions des SAU

Les admissions sont le seul lieu où une vue de l'ensemble des protagonistes est possible : s'y présentent l'ensemble des patients et ceux qui les accompagnent, y compris lorsqu'ils ne passent pas par la salle d'attente et sont pris en charge dès leur arrivée[245]. Infirmiers, médecins et chirurgiens ne vont ensuite rencontrer chacun qu'une fraction du public.

Dans le SAU1, le principe est celui du tri en trois catégories d'urgences ; dans le SAU2, on recourt plus systématiquement au système du « premier arrivé, premier servi », pondéré par le degré d'urgence. Les médecins prennent les dossiers plus ou moins dans l'ordre où ils sont classés et font une première consultation.

Si les usagers des urgences ont le droit d'être là, même pour des problèmes mineurs, ils n'y sont pas pour autant légitimes du point de vue des professionnels. La marge de manœuvre de ces derniers, outre les campagnes de prévention et d'éducation au bon usage des urgences, ne réside pas dans la décision de prendre en charge, mais dans les conditions matérielles,

245 Nous avons déjà fait une rapide description du fonctionnement de l'accueil, et donc du triage, dans la première Partie, voir : « 1.1.2. L'évaluation des arrivants dans les services d'urgence pédiatrique ».

spatio-temporelles et *interactionnelles* de la prise en charge : classer en urgence simple, donc faire attendre, se montrer cordial ou hostile, nouer une relation ou travailler en silence, etc.

5.2.1. Les « arrivées couchées »

Lorsque le motif est flagrant, en particulier tous les cas où il y a « perte de liquide » (sang, vomissures, diarrhées) ou de conscience, l'accompagnant se contente de décrire les circonstances du problème et l'enfant est le plus souvent immédiatement pris en charge. Parallèlement à la gravité ou à l'urgence de certaines situations, dont la perte de sang peut être l'indice ou le résultat, et sur lesquelles on n'insistera pas ici, la perte de liquide en tant que telle entraîne une prise en charge immédiate. La souillure visible *fait urgence* : il faut restaurer une apparente asepsie, quelle que soit ou presque par ailleurs la gravité du problème[246].

Les « arrivées couchées », c'est-à-dire les patients inconscients, impotents et amenés par un transporteur médical, recouvrent souvent les cas les plus graves et entraînent une renégociation des priorités et des engagements des professionnels. Ces patients passent en premier, avant les autres et même à la place des autres (s'ils sont occupés avec des patients dont le soin peut attendre, les chirurgiens ouvrent une parenthèse dans le cours de la prise en charge). Les « arrivées couchées », bénéficient systématiquement d'un examen immédiat et d'une prise en charge prioritaire. Ils ne fréquentent, en général, pas la salle d'attente et font un passage extrêmement bref aux admissions. Lorsqu'il s'agit d'un transporteur médical, le

---

246 Cette urgence à transformer la souillure, soit en la nettoyant, soit en l'habillant (masques, pansements, draps), comporte une part de « sale boulot » consistant à la faire disparaître au plus vite, accompli par les infirmiers pour ce qui est du patient et par les aides-soignants pour ce qui est du décor. Peneff (*in* J. Peneff L'hôpital en Urgence, Paris, Métaillé, 1992, p. 59), écrit ainsi, *« le contact avec la saleté est un critère essentiel pour évaluer la position hiérarchique et les différences de statut »* ; voir aussi E. C. Hugues, *Le regard sociologique*. Essais choisis, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.

responsable (pompier, police-secours, ambulancier médecin du SAMU ou du SMUR) dresse à un médecin, requis « dans l'urgence » par le responsable des admissions, le bilan des circonstances de la prise en charge et des traitements ou soins pratiqués, remplit et fait signer certains formulaires et repart. Le médecin ne peut, à ce stade, refuser le patient, même s'il devrait être admis dans un service spécialisé et que le SAU ne peut rien faire pour lui (œil crevé, délire psychotique par exemple).

Ce mode d'accès minoritaire (2 à 5% des admissions), indépendant de celui des arrivées spontanées, représente un coupe-file, engageant un autre mode de rencontre et de prise en charge. Cette voie dérogatoire par rapport aux présentations spontanées est mise en scène de façon à rendre l'urgence visible, à justifier l'immédiateté de la prise en charge aux yeux du public qui attend son tour. Les uniformes, brassards, la présence de professionnels de l'urgence (pompiers, SAMU etc.) autour du patient, l'échange technique initié entre le transporteur et le médecin, tout cela forme un tableau qui distingue clairement ce patient de l'ensemble de ceux en salle d'attente. Le fait que le patient amené par un transporteur (qu'il puisse marcher ou non) pénètre dans le service sur une civière renforce encore cette impression. Son impotence est perceptible. Cette mise en scène, préméditée ou non, des arrivées couchées fonctionne comme une justification en acte du traitement différencié et prioritaire de ces patients. Plus largement, ils justifient le principe même d'une hiérarchie entre les cas.

Pour le reste du public, les admissions constituent un sas donnant lieu à des interactions diverses, souvent minimales : se faire enregistrer et éventuellement démarrer les premiers soins, obtenir un premier diagnostic.

5.2.2. L'IOA et le temps

Parmi les multiples adresses faites à l'infirmier des admissions avant l'examen, les réactions à l'organisation des passages, au triage et au temps d'attente[247] constituent de petites batailles menées cent fois par jour, et qui constituent de ce fait une bonne partie de la matière de l'activité des infirmiers, même si elle ne correspond pas à la part technique (examen) ni administrative (remplir le dossier).

5.2.2.1. Faire patienter, faire repartir

Les services que nous avons observés sont très souvent suffisamment remplis pour que le temps passé en salle d'attente atteigne l'heure. Les infirmiers d'accueil tentent autant que possible d'encourager les familles qui pourraient aller voir un médecin sous 24 heures à choisir cette option et à quitter les urgences, afin de faire diminuer le nombre de personnes à examiner. Comme nous l'avons vu s'agissant des rythmes opposés du public et les professionnels, l'épisode aux urgences est un temps d'attente, et c'est aux réactions à cette attente que l'IOA doit faire face. Une part importante de son travail consiste à répondre de l'attente pour le service et les médecins et à savoir « faire patienter », deux facettes de son activité, entre accessibilité et *gate-keeping*.

Aux questions du type « vous croyez que ça vaut la peine d'attendre ? », la réponse aux admissions est invariablement : « c'est comme vous voulez ». Quand le temps d'attente escompté est très long, et si l'enfant ne semble pas gravement atteint, s'y ajoute une évaluation : « mais il y en a au moins pour deux heures d'attente ».

Les remarques de type « je passe quand, normalement ? », adressées à l'infirmier des admissions, sont courantes dès qu'il y a plusieurs personnes dans la salle d'attente. La réponse

[247] Nous avons abordé longuement la question de l'attente du public dans un précédent chapitre, voir : « L'attente ».

varie notamment en fonction de la cordialité et de la bonne volonté de l'interlocuteur (l'agressivité ne paie pas). La réponse, quelle qu'elle soit, face à ce type de demande insiste sur l'égalité de traitement, sans nier la pénibilité de l'attente, mais sans non plus laisser aucun espoir de traitement de faveur. C'est ce que J. Peneff décrit comme la « démocratie de la salle d'attente[248] » où tous, sans distinction, sont soumis aux mêmes règles d'attente, en fonction d'un classement qui ne prend théoriquement en compte que l'état du patient. L'infirmier dispose d'un répertoire de réponse dans lequel il puise en fonction de l'état du demandeur (le but est d'éviter l'esclandre) et de son objectif (décourager ou faire rester le patient et sa famille, selon l'état du patient). Il peut ainsi donner une indication de l'attente prévue :

En resituant l'ordre d'arrivée : « il y a encore deux enfants avant vous »,

Rassurant : « ça devrait être bientôt à vous »,

Explicatif : « il n'y a que deux médecins, il va falloir attendre encore pas mal de temps à mon avis »

En rappelant la règle de priorité : « normalement, ça ne devrait plus être très long, mais si un enfant plus gravement atteint arrive, il passe avant, c'est normal… »

Pour convaincre une famille sur le point de partir de rester, si le cas lui parait devoir être traité sur place, il mobilise enfin « à la volée » et discrètement un médecin pour intercaler le cas avant que la famille ne parte, en la faisant patienter avec des phrases chuchotées pour ne pas encourager les autres à réclamer un passage accéléré : « attendez là, je vais voir si… » ou « je crois que c'est à vous, je vais voir ».

Toute la difficulté pour l'infirmier est de contourner les règles qu'il a lui-même fixées et qui fondent la légitimité de l'attente de tous ; l'utilisation d'espaces discrets et la modulation du ton sont alors mis à contribution.

248 J. Peneff, *Les malades des urgences*, *op. cit.*

5.2.2.2. Une question d'égard

Une étude a montré qu'à temps d'attente égal, on supporte mieux l'attente lorsqu'elle est entourée *de petites attentions* : quelqu'un vous dit combien de temps il reste à attendre, passe régulièrement dans la salle d'attente pour vérifier que tout va bien et surtout, répond aux questions, un compteur lumineux appelle les numéros des patients dont c'est le tour. Bref, le service ne fait pas comme s'il était indifférent d'attendre…

Lorsqu'on le laisse livré à lui-même dans la salle d'attente, le public est en quelques sortes traité sans *égards* alors que sa présence indique par définition une situation éprouvante. Il n'est pas rare que les parents en appellent aux normes des civilités ordinaires.

Il est donc finalement question de civilité, de préservation et de respect des faces, dans la manière même dont l'attente est préparée par le service, et vécue par le public.

Cette absence d'égards parfois ressentie, surtout lorsque le service est très chargé, vient façonner l'image d'un secours *impersonnel et indifférent*. Un secours qui ne ferait pas de sentiment. Le public lui reproche sa froideur : le service n'est pas *attentionné,* envers un public qui s'attend à un secours technique et médical mais aussi, à la reconnaissance de son infortune et aux marques de sympathies qui généralement accompagnent au quotidien, ces situations.

5.2.2.3. Apaiser, se rapprocher

Apaiser le public est néanmoins une nécessité lorsque son mécontentement devient trop important, qu'il risque de créer du désordre, voire de la violence. Ce rôle fait partie des attributions de l'IOA. Après un échange houleux, des formules réparatrices (Goffman), peuvent ainsi être proposées de manière à permettre la poursuite de la situation, qui si elle est pénible, doit se poursuivre jusqu'à ce que l'enfant soit examiné malgré tout. Dans ces cas là,

requérant ou infirmier tentent de dédouaner en quelque sorte la personne offensée de la responsabilité du litige, sans pour autant revenir sur le litige lui-même.

> « C'est pas de votre faute à vous, mais bon c'est pas de la mienne non plus »
> « Vous vous n'y êtes pour rien, mais bon… »
> Du côté des professionnels :
> « Je sais, c'est long »
> « C'est long, mais moi je n'y peux rien, vous savez. »
> « Oh, maintenant ça devrait plus être trop long, j'espère »
> « Je ne suis pas le médecin, vous savez »

On peut voir que dans l'apaisement proposé met en scène une forme de compassion : l'infirmier y prend le parti du public. On y *joue* le rapprochement des perspectives, mis en scène, explicite ; on marque ainsi une différence avec le ton en usage entre professionnel et requérant, qui n'est justement *pas* compassionnel.

Ainsi il est possible pour le public comme pour les professionnels de jouer des distances et des proximités pour que l'interaction puisse se poursuivre au mieux selon les circonstances.

On peut enfin conclure de l'observation de ces micro-échanges revendicatifs ou réparateurs que souvent, le public cherche, tout naturellement, à tirer l'interaction sur le terrain personnel où se situe son problème tandis que le professionnel préserve autant que possible son extériorité et un ordre des priorités qui privilégie l'intérêt collectif et la situation médicale sur la situation particulière dans toute son épaisseur.

Il n'y a pas fondamentalement de malentendu à ce sujet : les pompiers, surtout, mais aussi les médecins, reconnaissent et parfois revendiquent un traitement relativement froid et impersonnel de nombreuses situations parce que précisément ils s'occupent d'urgences[249], pas de rendre service dans le cadre d'une relation de service dirigée vers la satisfaction d'un usager ou d'un client. Ce positionnement est particulièrement explicite chez les pompiers.

Le ton sur lequel se déroule l'échange est également un outil dont les professionnels, pompiers comme médecins, savent jouer, et qu'ils utilisent volontiers pour *punir*, par un

249 Voir la partie sur les cadrages normatifs.

traitement qui peut être glacial, les requérants dont on estimera qu'ils se sont mal conduits (usage abusif du service, notamment).

Cette dimension de jeu dans la tonalité plus ou moins froide ou réchauffée de l'échange doit venir nuancer le constat d'interactions « froides ». Les professionnels modulent en effet cette fraicheur et savent parfois la réchauffer mais en maintenant cependant l'échange dans un cadre formel relativement minimal, sobre et peu chaleureux.

La possibilité de rejeter ou de déclasser les demandes donne au professionnel un pouvoir sur la situation et ce qui détermine sa décision tient théoriquement à des critères globaux, indépendants et objectifs. C'est bien parce qu'il est étranger au réseau d'interconnaissance de l'appelant et qu'il se signale comme tel qu'il peut échapper aux attentes personnalisée des relations entre proches, en laissant le moins de prise possible aux tentatives visant à l'impliquer personnellement. En manifestant aux yeux de tous une égale réserve à l'égard des requérants, il se prémunit aussi contre le soupçon de partialité et de là, de traitement de faveur. Cette fraicheur de principe, qui se réchauffe souvent, dans les situations particulières, au sein des boxes donc à l'abri du regard des autres requérants, est finalement et paradoxalement un gage d'égalité. Parce qu'il est présumé compétent et impartial, au prix d'une relation plus chaleureuse, il peut réaliser une sélection et prendre des décisions qui seront acceptées comme légitimes.

Le fait de pouvoir jouer de cette mise à distance du public nous indique enfin que la *tiercéité comme distance relationnelle* est en fait un construit, et dans une certaine mesure, une compétence ou du moins une forme de *cadrage* utile aux professionnels pour fixer les limites de l'échange, et atteindre leurs objectifs (qui encore une fois, ne sont pas entièrement les mêmes que ceux du requérant, les professionnels prenant en compte également l'ensemble des appels et des patients, l'intérêt du service et des collègues). La tiercéité des

professionnels, dans ce sens, se *travaille* et leur permet notamment de rester fixés sur l'intérêt général et pas sur les intérêts particuliers, et de rendre cette préoccupation *accountable*, à travers une certaine réserve relationnelle, ostensible et revendiquée.

Au-delà de la question du tri, face à un public à la fois en demande, revendicatif et ignorant des règles d'usage des services, les professionnels sont en effet amenés à « cadrer » l'interaction. L'objectif est à la fois de rapprocher la perspective du public de sa grille de traitement par le service et d'induire un comportement compatible avec les règles du lieu. Le contexte interactionnel mais aussi technique et spatial fournit également des prises pour interpréter et prendre part à bon escient à la situation de demande de secours.

C'est toute cette dimension de cadrage que nous allons regarder maintenant plus en détail en tant qu'elle témoigne d'une rencontre entre étrangers, dont, pour aller vite, le professionnel doit apporte les règles et le public, le contenu.

6. CADRAGES

Dans le rapport de tiercéité des services de secours, se pose la question de la nature mais aussi de la qualité et du style propres aux relations de secours entre professionnels et public. La sociologie s'est penchée, ces quinze dernières années, sur la relation de service, en s'attachant à étudier l'accueil et la collaboration entre professionnels et non-professionnels. Dans le cadre de services d'urgences, à quelles difficultés la relation au public expose-t-elle les professionnels ? Quelles places le public occupe–t-il ?

Les services d'urgence sont aujourd'hui doublement exposés au public. Le succès de la notion de « relation de service »[250] dans les annonces de réforme et d'amélioration des services, coïncide avec une pression vers une modernisation et une amélioration de l'accueil. Cette tendance accompagne une augmentation du niveau d'exigence (et d'exaspération) du public, dont les critiques sont portées médiatiquement de plus en plus haut : interview, articles d'associations, couverture de procès, et le classement annuel des hôpitaux, qui a certainement le plus marqué le système hospitalier ces dernières années[251]. Ces services sont de plus en plus obligés de prendre en considération l'opinion du public, sous l'angle de la relation de service ou de l'accueil. Au sein des établissements, la manière de traiter le patient tend également à être repensée, avec l'élaboration d'un discours axé sur une coopération entre professionnels et patients. On parle du patient comme d'un « partenaire » dans la lutte contre la maladie, ce qui d'ailleurs objective la maladie et la place comme élément singulier, distinct du malade-partenaire, et qu'il faut en l'occurrence éliminer, contenir voire apprivoiser (handicap). On s'adresse aux parents avec prévenance et pédagogie sur les sites internet des services pédiatriques et la charte du patient est affichée dans les services… Ce mouvement est renforcé par l'essor des thérapeutiques à domicile, où il faut bien former le patient à s'auto-traiter dans une large mesure[252]. Enfin, il existe toute une littérature qui plaide pour une

250 N. Besucco, M. Taillard, C. du Tertre, P. Ughetto, *La Relation de service au cœur d'un nouveau modèle de travail,* Cahiers du Genre, La relation de service. Regards croisés, n°28, 2000. Pour toute référence bibliographique ultérieure, on se reportera au nom de l'auteur en bibliographie.

251 Voir L'Express, Le Figaro, Le Point, qui publient chacun, chaque année leur classement des hôpitaux (et cliniques) en y intégrant de plus en plus de critères de relation et d'accueil : cf.« Le palmarès 2010 des hôpitaux les plus sûrs » L'Express, 10/12/2009 ; Le palmarès des hôpitaux 2009, Le point, 17 septembre 2009.

252 Autocontrôle du taux de sucre et auto-injections en cas de diabète, auto-entretien et auto-alimentation de sondes, auto-surveillance de ses constantes et des modifications physiologiques ; auto repérage des situations d'allergie etc.

meilleure prise en compte de la qualité de la relation entre professionnels et patients hospitalisés[253].

Dans les services d'urgence, les notions de service public et de relation de service sont particulièrement mises à l'épreuve, dans des contextes de fortes sollicitations et d'enjeu à intervenir très aigus. La relation médicale est pourtant une « relation de service » relativement codée et identifiée socialement : l'un amène son problème à résoudre et l'autre est sensé savoir quoi faire. Or le public est ici *problématique*, de diverses façons : d'abord, son problème doit être rapidement évalué pour réagir immédiatement en cas de besoin[254]. Ensuite, son problème peut faire problème aux professionnels, et au service tout entier, lorsque les demandes excédent les moyens et que le public se fait envahissant, risquant de bloquer le l'ensemble du système. Enfin, en tant qu'interlocuteur chargé d'intentions et d'émotions, il peut nécessiter qu'on s'occupe de lui, au-delà de sa pathologie, ou au-delà du patient qu'il accompagne. Si l'on considère la définition suivante des services publics formulée par I. Joseph, la difficulté ressort immédiatement :

> « On définira les services publics comme des lieux de résolution de problèmes conçus pour satisfaire les attentes de leur clientèle et remplir leurs objectifs organisationnels. Les agents qui y travaillent interagissent de manière directe ou indirecte avec d'autres agents, avec des clients, des patients ou des consommateurs et utilisent des machines, pour recueillir, rassembler ou analyser de l'information… Les activités dominantes dans ces établissements consistent en des déplacements brefs, nombreux (et parfois difficiles) et en des échanges verbaux interpersonnels, fugitifs ou complexes, au cours du travail. »

---

253 Voir par exemple C. Evin, M. F. Fortin, T. Lebrun, G de Pouvourville, J. L. Preel, J. C. Sailly, H. Tanguy, *La santé, l'expert et le patient*, 2000 ; n° 263, sur une recherche action autour de la relation hospitalière vers « un meilleur dialogue de l'expert et du patient, dans l'élaboration d'une réponse de santé », s'appuyant sur « une politique de santé où les responsabilités seraient davantage partagées », ou encore I. Charent, M. Lustman, H. Requillart, *Relation médecin/patient : Parler vrai au malade,* Impact Médecin 2000 ; n° 505 qui préconise un cheminement vers une relation patient médecin moins paternaliste et plus égalitaire.

254 Les dénominations pour l'urgence à traiter immédiatement sont variables en France, bien qu'un référentiel vienne de paraître et qu'une demande d'homogénéisation existe, en particulier de la part des infirmiers qui ont la charge du tri.

Cette définition très pragmatique des services publics tente le rapprochement entre client, patient et consommateur, pour les décrire à travers ce qu'ils font (résoudre des problèmes), et ce qui s'y passe (des déplacements, des échanges). Or, même dans ce cadre très générique, le 18 et les SAU apparaissent en décalage, au moins sur un point essentiel, celui de la résolution de problème, qui paraît pourtant le plus aller de soi. Pour remplir les objectifs organisationnels, il faut souvent ne pas satisfaire le client/patient, ni résoudre son problème[255]. Pompiers et services d'urgence sont là pour résoudre *certains problèmes* au prix, on l'a vu, d'un tri qui refuse, ou renvoie à une longue attente, un certain nombre de demandes que ces professionnels sont pourtant loin de tenir toutes pour illégitimes.

Voyons quels sont les cadrages auxquels ils procèdent pour mener à bien l'échange.

6.1. Cadres et cadrages

L'activité des services de secours, y compris la situation de contact initial, est soumise à un certain nombre de règles et se passe au sein de différents cadres, injonctifs ou régulateurs à la fois extérieurs au moment présent (missions, règles, procédures) et en prise avec le moment (ressources disponibles à l'instant T, état du professionnel, singularité de la situation, du requérant, du patient ou de la victime…).

C'est dans la complexité mouvante des interactions que se découvre à la fois la difficulté et la portée sociologique du rapprochement des perspectives du professionnel et du public, ou, du moins, de ce double mouvement : celui de l'appelant pour satisfaire les *cadres* du professionnel, et celui du professionnel pour *cadrer* l'échange, c'est-à-dire indiquer les limites, les contraintes et les manières de faire. Ainsi cadres et *cadrage* caractérisent une autre

255 Il en va d'ailleurs de même dans de nombreux services au contact du public : services après-vente, pôle-emploi, ASSEDIC, guichet SNCF…

facette de la *tiercéité* des services de secours : ils disent d'emblée l'absence de connaissance mutuelle antérieure, puisqu'il est nécessaire de cadrer l'échange et l'interaction, et toute l'asymétrie élémentaire de situations où c'est bien le public qui doit se soumettre au fonctionnement des services et non l'inverse.

A. Strauss distingue deux types de contraintes pour l'action : des contraintes sociales, réparties en sous-catégories, parmi lesquelles les contraintes institutionnelles et réglementaires, et des contraintes locales et événementielles, liées à la situation immédiate et au cadre local dans ses spécificités[256]. La perspective adoptée ici engage à rechercher leurs modes d'articulation, en particulier lorsque ces contraintes sont contradictoires, et à élucider la manière dont elles s'expriment dans le cours d'action, selon notamment les arbitrages des protagonistes. L'objectif n'est cependant pas de s'en tenir au registre de l'adaptation au local, à l'environnement ou à la situation. Ainsi que le montre E. Goffman[257], il s'agit d'ailleurs souvent moins pour les acteurs de faire preuve d'adaptation que de faire jouer différents cadres, qui s'articulent en des configurations évanescentes et multiples.

Le terme de *cadrage* est ambigu, désignant tantôt l'accord sur les règles du jeu en vigueur dans la situation, telle qu'on s'accorde à la définir, tantôt la manière dont le professionnel tente de rappeler les règles contraignant l'échange. Quant aux règles suivies par les protagonistes, quelle que soit leur nature, elles formeraient le *cadre*, à condition d'avoir à l'esprit que les protagonistes peuvent ne pas suivre les mêmes règles, donc ne pas reconnaître les mêmes cadres – problème typique dans le cas des urgences.

Dans son petit lexique de l'analyse interactionnelle goffmanienne. I. Joseph écrit à propos de « cadre » (*frame*) :

> « Dispositif cognitif et pratique d'organisation de l'expérience sociale qui nous permet de comprendre ce qui nous arrive et d'y prendre part. Un cadre structure aussi bien la

---

256 A. Strauss, A. *La Trame de la négociation, op. cit.*

257 E. Goffman, *Les cadres… op. cit.*

manière dont nous définissons une situation que la façon dont nous nous engageons dans un cours d'action »[258].

Le cadrage (*framing*) correspond quant à lui à l'opération permettant de poser un cadre, de donner un sens à ce que nous percevons. La version interprétative peut être dictée par des indices naturels (cadres primaires : je vois qu'il pleut, et que des gens courent : j'interprète la scène comme des gens qui cherchant un abri contre la pluie), volontairement suggérée (cadre secondaire et modalisation : je suis à la Poste, je vois un distributeur de tickets, j'en conclus que je dois en prendre un pour attendre mon tour), manipulée (cadre secondaire et manipulation : on me prie de prêter mon téléphone et on part en courant, l'emprunt était un vol), ou fausse (rupture de cadre : je pensais que les poulpes n'étaient pas médiums, et en fait, si ! Paul le poulpe sait quelles équipes de football vont gagner le mondial 2010[259]).

Les professionnels *modalisent* les cadres de l'interaction de secours et usent de techniques pour *cadrer* l'échange et amener le requérant à partager ces cadres.

6.2. Un cadre écologique

Autour de l'interaction, l'écologie, dans le cas de l'hôpital livre des indices qui guident plus ou moins explicitement les protagonistes dans leur manière d'interagir.

Nous allons voir que la problématique de la tiercéité contenue dans la prise en charge du secours et de l'urgence, cette tension dialectique entre distance et proximité, privé et public, institutionnel et relationnel, s'exprime dans l'écologie hospitalière elle-même.

---

258 I. Joseph, Erving Goffman et la microsociologie, Paris, PUF, 1998.

259 Nous avons posé nos propres exemples sur les catégories d'E. Goffman *in Les cadres de l'expérience*, Paris, Minuit, 1991.

6.2.1. L'hôpital peu hospitalier

Du petit hôpital au grand CHU parisien, comme la Pitié-Salpêtrière, exemplaire d'un complexe évoquant l'urbanisme urbain – des rues, des impasses, des avenues, des bâtiments séparés, des espaces verts, un parking – et souvent décrit comme ville dans la ville, tout s'organise autour d'une activité médicale principale, consistant en principe à identifier des maux et à tenter de soigner des gens. Les en-dehors du soin et les prises pour les besoins primaires autres que médicaux sont rares et peu *hospitalières* au sens où les services d'urgence n'invitent pas à s'en saisir, au contraire (éparpillement du public, salissures liées à la nourriture et aux gobelets de café…). Si une activité diversifiée est induite par la fonction de soin (alimentaire, pour achalander l'hôpital et nourrir les gens ; de transport, pour amener et repartir chacun ; commerciale, pour proposer de la lecture et des cadeaux à amener aux patients ; de nettoyage et de blanchisserie, pour laver les lieux, les vêtements et les gens, etc.), l'hôpital ne propose pas une offre de services particulièrement développée ; même si cafétéria et marchand de journaux, cadeaux et peluche sont présents dans l'hôpital, leur existence est presque ignorée des professionnels ; ils les signalent rarement à des parents pourtant souvent affamés, assoiffés et désœuvrés, et sont plutôt considérés comme des lieux de dispersion du public qui se dissémine dans l'hôpital n'est plus maintenu ensemble dans la salle d'attente.

Comme le rappelle l'anthropologue M.-Ch. Pouchelle, qui relève le développement à l'hôpital d'une terminologie de l'hospitalité, de l'accueil et de la relation de service, il suffit d'une remarque sur la qualité de l'accueil pour s'entendre répondre que précisément, ici, « on est à l'hôpital et pas à l'hôtel ».

Si l'hôpital a pu évoquer la ville, d'un point de vue architectural notamment, il ne se conçoit absolument pas comme tel, comme on le constate dans les échanges qui témoignent du cadrage de ce qu'il est, et surtout, de ce qu'il n'est pas.

6.2.2. Des espaces catégoriels et catégorisant

L'organisation spatiale mais surtout les usages qui en sont faits sont empreints de l'entrelacement d'un traitement du public à la fois collectif et individualisé, entre indifférenciation de la salle d'attente et intimité, relative, de l'entretien médical.

L'écologie de la perception nous montre comment l'environnement constitue un univers de sens (auquel nous donnons sens, et qui « fait sens », délivrant des messages) : l'ergonome ou le concepteur d'espaces sait comment déterminer des conduites à travers l'organisation spatiale d'un lieu : le sens des circulations dans le métro, la file d'attente à la poste…

L'environnement hospitalier, avec ses zones privées et publiques, de soin et d'attente, ses pancartes, écriteaux et affichettes comme autant d'injonctions à faire, ou ne pas faire, est « cadrant », indiquant visuellement et écologiquement son *vademecum*, il offre en même temps des prises[260] pour l'action.

Comme le montre L Mondada[261], l'espace est *catégoriel* pour celui qui l'arpente. On le charge de catégorisations qui sont autant d'éléments pris en compte pour l'action :

> « Les raisonnements catégoriels sont ceux qui nous permettent de donner un sens à un événement (la mort d'un manifestant comme un acte d'auto-défense du policier, une bavure ou un accident fortuit), à un lieu (comme étant un lieu dangereux, un lieu fréquentable, ou un lieu où prendre certaines précautions), à des passants dans un espace public (comme étant des promeneurs, des travailleurs pressés, des personnes en attente d'un rendez-vous, ou des trafiquants), etc. c'est-à-dire qui nous permettent d'élaborer la descriptibilité de l'événement, du contexte ou des personnes en la basant sur un tissu de pertinences localement adéquat »

---

260 Au sens d'*affordance*, cf. par exemple I Joseph : « ce que l'espace, mais aussi le mobilier urbain ou les équipements et objets techniques, peut offrir à un usager comme être agissant ou parlant, ce sont des *prises*. Une prise, ou *affordance*, est une disponibilité pratique dans un contexte ou une activité donnée. C'est, par exemple, le cendrier pour le fumeur – il indique les endroits où l'on peut fumer ou écraser sa cigarette – ou, pour l'alpiniste, une prise dans une paroi ».

261 L. Mondada, « La ville n'est pas peuplée que d'êtes anonymes », *Marges linguistiques* - Numéro 3, Mai 2002.

Le public y repère le pôle médical et le pôle soignant, l'espace du soin, celui de l'attente ou de l'admission, et les blouses comme autant de personnes ressources potentielles à mobiliser.

Dans une autre mesure, la salle d'attente, à l'écart de la zone des boxes, est quant à elle catégorielle *pour le service* : clairement conçue pour séparer le public en attente de premier examen des patients en cours de prise en charge. Dans l'un des SAU, elle est suffisamment en retrait pour qu'il n'y ait quasiment aucun contact visuel avec le service. Elle fonctionne comme une remise, pièce à l'écart où sont installés des gens dont la présence se fait oublier – au point que chaque jour, des gens, craignant d'avoir été oubliés quand l'attente se prolonge, ressortent et font des incursions vers le comptoir des admissions pour se rappeler au souvenir de l'infirmier…

Chacun, patients, parent et professionnels, utilise ou déchiffre l'espace sous l'angle de ses ressources, notamment dans l'interaction, pour renforcer sa position, ou se retirer[262].

6.2.3. Tripartition des espaces, répartition du public

La division des espaces au sein des SAU correspond à des zones marquées par des spécialisations, des usages et des accès différenciés et spécifiques. Le principe commun aux services étudiés est celui d'une séparation entre un espace d'attente (salle d'attente), un espace de soin (boxes) et un espace d'examen (autres services, séparés des urgences quoique situé à proximité immédiate).

Chaque service trouve toutefois son propre mode d'organisation des espaces et de répartition des dossiers à traiter. Dans l'un des services, les dossiers constitués aux admissions sont déposés dans une salle fermée, inaccessible au public, où les médecins les passent en

262 Voir *supra*, partie sur le *space-switching.*

revue et se les répartissent, par priorité, par spécialité et par aptitude (les externes en médecine ne peuvent traiter tous les cas ; les chirurgiens et les médecins se répartissent les deux familles de cas). Dans l'autre service, les dossiers sont déposés sur un comptoir accessible à tous. Le fait qu'une partie des actions, des interactions, des échanges, bref du spectacle, se passe en quelque sorte devant témoins importe à la fois pour prendre acte des dispositifs d'exposition, des adaptations à l'exposition, de l'indifférence à l'exposition et de son cortège d'embarras, d'effroi, d'alarme ou de déni.

Une partie de l'activité des urgences se passe ainsi sous le regard d'un public, sorte d'autrui généralisé qui est aussi une forme de tiercéité (de G. H. Mead à G. Simmel), tandis qu'une autre est interindividuelle, à l'intérieur des boxes ou, le cas échéant, hors de vue des familles[263].

6.2.4. Les ressources écologiques à l'appui des stratégies interactionnelles

Trois espaces complémentaires s'imbriquent donc : celui, public, des espaces communs, celui, privé, de la consultation et celui, réservé aux professionnels, des coulisses des urgences. Cette tripartition permet de changer de scène selon les circonstances. Elle constitue à la fois des contraintes et des prises pour des stratégies dans lesquelles la publicité ou la discrétion présentent un intérêt… L'organisation spatiale des services fournit ainsi aux professionnels, familiers des lieux et de leurs ressources, des possibilités de jouer sur les *cadres* en changeant d'espace.

Les médecins peuvent ainsi se servir des espaces sous le regard pour orchestrer une mise en scène apte à calmer le public, le faire patienter, ou le dissuader de manifester son

---

[263] La création d'espaces fermés pour préserver la confidentialité des consultations a fait partie des entreprises d'amélioration des services d'urgences, remplaçant progressivement les boxes à rideaux ou collectifs par des boxes individuels construits en dur.

impatience, surtout lorsque le service est très chargé. Les accompagnants également peuvent y circuler ou y séjourner pour se signaler, attirer l'attention d'un professionnel, profiter du spectacle durant les moments d'attente, etc. Inversement, il peut arriver que les professionnels, pratiquant le *space switching,* emmènent discrètement une famille à l'écart de cette scène pour lui communiquer certaines choses ou pour lui faire une faveur sans que les autres ne perçoivent une iniquité. Les professionnels et le public jouent ainsi avec les ressources contenues dans l'organisation spatiale de cet environnement mixte, professionnel et public. Les propriétés écologiques sont, en dehors de leur conception initiale, des prises pour mettre en scène ou développer des stratégies interactionnelles. Le professionnel y traite le public de la salle d'attente en tant que groupe devant lequel il passe et repasse en prenant soin de ne regarder personne en particulier. Tel patient ou accompagnant tendant au contraire ostensiblement l'orientation de son corps de son visage, de son regard[264] vers les « blouses blanches » cherche à capter l'attention de l'un de ces « professionnels occupés ».

Le ballet du médecin prenant l'air absorbé, pressé et occupé pour éviter l'interpellation, et jouant sur l'opacité des règles de répartition des rôles pour justifier d'être là, rappelle celui des garçons de café décrit par Goffman[265] pour parler de l'évitement en public. Cette économie des regards, est une véritable mise en scène de la disponibilité ou de l'occupation dans un environnement de sollicitations excessives où la primauté est donnée à la hiérarchisation des tâches et des cas.

Ce type de scènes montre que le rapport entre patient et professionnel est d'abord, c'est-à-dire dans un premier temps, un rapport de groupe à groupe ; il n'est pas individualisé ou

---

264 C. Heath, *Body movement and speech in medical interaction,* Cambridge, Cambridge University Press, 1986.

265 E. Goffman, *La Mise en scène de la vie quotidienne, 1. La présentation de soi,* Paris, Minuit, 1975. Il y décrit notamment leur aptitude experte à ne jamais regarder dans la direction des tables non servies ou des zones relevant de leurs collègues lorsqu'ils ont autre chose à faire, malgré la forêt de mains levées et de visages tournés vers eux des clients en attente de serveur…

personnalisé. Les règles mêmes de la courtoisie sont remplacées par une gestion collective des groupes et des étapes : le professionnel y refuse de regarder la personne dont il a pourtant vu, du coin de l'œil qu'elle cherchait son attention. Il l'ignore, ostensiblement.

6.2.5. La transformation spatiale du public en patient

Le « groupe de la salle d'attente » indifférencié, correspond aussi à l'étape d'avant la prise en charge et à un espace de non prise en charge bien délimité (la salle d'attente). Il y a organisation spatiale de l'économie de l'attention des médecins et des étapes de la prise en charge – l'avant est cantonné en salle d'attente et la prise en charge, en revanche, s'élabore dans les boxes (ou les couloirs en période d'affluence, mais jamais dans la salle d'attente).

Le professionnel, lorsqu'il appelle enfin le nom de la personne inscrit sur le dossier qu'il aura pris au comptoir des admissions, change la nature du traitement qui lui était appliqué. Jusque là prise dans le collectif de ceux qui attendent leur tour, elle devient vis-à-vis du service, à travers sa prise en considération individuelle par un médecin, un patient, singulier. Une relation interindividuelle – mais courte, minimale, extrêmement cadrée – remplace le traitement collectif. Ce passage se traduit d'ailleurs dans une forme d'écologie corporelle qu'on retrouve dans ce qu'on pourrait appeler les « situations d'antichambre », où l'on emmène un client, patient, usager, d'un lieu collectif (un hall de banque, la salle d'attente d'un cabinet médical), au bureau du professionnel qui le reçoit, sorte d'envers des « situations de guichet ».

Concrètement, le professionnel joint le geste à la parole pour accompagner le déplacement physique du patient vers un box, comme on encourage un hôte à entrer : le bras légèrement tendu, accueillant, le professionnel s'efface au seuil du box, fait un mouvement de tête pour signifier au patient d'entrer dans la pièce, micro-indices signalant un retour des

civilités… Se crée ainsi, par la gestuelle, un mouvement d’extraction : le patient sort alors du groupe de la salle d’attente pour entrer dans une interaction individualisée, face-à-face, et privée avec le professionnel.

Cette transition s’accompagne d’un changement de scène qui vaut recadrage de la situation. Il y a sortie de l’espace indifférencié et public et invitation dans l’espace privé du bloc. L’entretien médical peut enfin commencer.

On a vu combien l’environnement spatial induit à la fois les usages, les déplacements mais aussi les rôles et les rythmes des différentes catégories de personnes qui évoluent dans les services. Il dicte clairement une division spatiale des places interactionnelles : celles des professionnels, en position d’hôte, du public, au seuil, et du patient, celles publiques et celles privées, celles enfin, réservées aux professionnels, en coulisse. Cadres marquant le territoire des professionnels et son mode d’emploi, mais avec lesquels il est possible de jouer, et de ménager des dérogations.

Au-delà du cadre spatial, comment l’interaction se charge-t-elle de messages à la fois quant au bon déroulement de l’échange et à la manière de se percevoir l’un l’autre, entre requérant et professionnel, au 18 et au SAU ?

6.3. Cadrer l’interaction, et le récit

La question du cadrage ne se résume cependant pas à celle d’un cadrant et d’un encadré, d’un acteur qui impose un cadre et d’un autre qui s’y soumet. Si certaines situations de rappel à l’ordre existent, et dans les deux sens (rappel à l’ordre du requérant par le pompier et du pompier par le requérant), le cadre n’est pas tant affaire de rapport de force ou d’imposition de règles par le maitre des lieux que de co-construction. Dans ces échanges rapides et

généralement non renouvelés, il est moins une prescription qu'une opération mutuelle (s'entendre sur la situation requérant un secours) et une catégorie descriptive : on observe que les protagonistes se rapprochent d'une manière de faire propre à permettre un dialogue « heureux ».

Car une part essentielle de l'activité des services « de premier contact » est bien communicationnelle. Elle repose sur la canalisation et la production d'un récit par un « donneur d'alerte » de *ce qui appelle* une prise en charge. Or, comme nous l'avons vu, les individus ici se comprennent mal. Plus généralement, la communication fonctionne sur un compromis cognitif, un accord pratique quant au degré d'intercompréhension permettant d'interagir ; toujours imparfaite, elle repose sur une forte part d'implicite[266]. Au sein de brèves rencontres entre inconnus, et dans le contexte de l'urgence, l'ajustement est ainsi l'activité principale et décisive.

Regardons d'abord comment le cadrage s'opère lors des appels au 18.

Si le requérant lance une entreprise de mobilisation des secours, c'est bien du côté du stationnaire que s'opère sa transformation en détenteur d'informations, par une performance de *guidage* qui cadre, minute et extrait des éléments d'information, puis les transforme en intervention. Ces cadrages, parfois implicites, ou inutiles, sont souvent explicites, voire appuyés. Ils visent seulement trois éléments, qui peuvent s'obtenir plus ou moins vite (jusqu'à 6 minutes sont parfois nécessaires) : le motif, le lieu, l'accès.

Ainsi, l'histoire particulière de l'automobiliste de l'appel n°7[267], qui ne sait finalement pas grand-chose de ce pour quoi il compose le 18 – ni qui est cette femme, ni ce qu'elle a,

[266] Cf. A. Garfinkel et les expériences d'explicitation décrites dans les *Studies*, qui montrent bien combien une communication réellement explicite serait impraticable, nécessitant de se satisfaire d'ellipses et de déductions implicites. A. Garfinkel, *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice Hall, 1967.

[267] Voir page 130 et annexe, appel n° 7

même grossièrement, ni où elle se trouve précisément, et qui n'a pas l'intention de chercher à le savoir – se trouve transformée en moins d'une minute, par le traitement typique et standardisé du stationnaire, en une « personne tombée » rue de Strasbourg à Nanterre ; il envoie un VSAB médicalisé à qui l'on précise l'information « près de la boulangerie ». En somme, le requérant appelle quelqu'un qui ne sait rien et n'est pas là, mais qui saura quoi faire en moins d'une minute… Ici, deux tiers qui ne se connaissent pas, pas plus qu'ils ne connaissent la « dame de Nanterre », concourent, sans qu'elle en ait seulement conscience, à lui envoyer une aide qu'elle n'a d'ailleurs pas demandée. Ainsi fonctionne l'institution du secours[268] comme service public, service au public et service du public : la coïncidence banale (pour les services de secours) d'une alerte anonyme lancée par un passant et d'un traitement professionnel, et leur collaboration autour d'un bénéficiaire qui ignore la mobilisation dont il est l'objet et le visage des personnes qui concourent à son secours.

Le cadrage dans l'interaction commence au sein même de la structure du dialogue : au niveau de l'ordre de l'interaction *sui generis*[269], avec les civilités, qui sont au « 18 » très formatées.

6.3.1. Ouvertures

Un premier cadre interactionnel, celui des civilités appliquées à l'interaction, est en effet perceptible au niveau des ouvertures et des fermetures ritualisées : « pompier, j'écoute »/« bonjour », « au revoir »/« merci, au revoir », et leurs variantes. On trouve un décalque inversé de cet usage des civilités chez les médecins des urgences : alors que les

[268] L'institution en tant que processus, peu importe quel type de service l'y emploie.

[269] Voir E. Goffman, « L'ordre de l'interaction », *op. cit.* ; et A. Rawls. "The interaction order sui generis…", *op. cit.*

stationnaires ouvrent et ferment rituellement l'échange, les médecins s'en passent systématiquement. Pourtant, ils sont sensibles à ce que les patients et leur famille, eux, y sacrifient et manifestent à leur égard déférence et reconnaissance.

Les pompiers au contraire encadrent. La métonymie, par laquelle le professionnel s'identifie ou est identifié au collectif dont il semble faire partie est typique des ouvertures dans les centres d'appels. Au 18, le stationnaire se présente ainsi constamment comme la partie d'un tout, ce qui renforce l'impersonnalité de l'échange, «pompier » ; « les pompiers », en ouverture, et « on arrive », « les pompiers arrivent » en clôture.

Ces formules cristallisées ont une double fonction D'une part, elles font leur travail d'ouverture et de clôture rituelle et informationnelle de l'échange. Dire « pompier, j'écoute », c'est indiquer que l'échange est ouvert, l'interlocuteur ratifié et qu'il peut parler ; de même, dire au revoir, c'est indiquer que l'échange est clos et que l'interlocuteur peut raccrocher.

D'autre part, ces formules rappellent le cadre *professionnel* dans lequel on se trouve, et le professionnalisme de celui qui incarne le service et traite l'appel. Ceci a d'ailleurs plusieurs effets : rigidifier l'échange, mais aussi rassurer l'appelant, en plaçant d'emblée le dialogue sur un terrain neutre, analytique, maitrisé.

Il arrive, comme nous l'avons vu plus précisément dans le cas des SAU, que ce ton augmente le sentiment de non réciprocité des perspectives. Au lieu de se rapprocher, celles-ci demeurent éloignées ou même se creusent, et ce, à dessein de la part du professionnel. Le requérant peut ainsi s'inquiéter de ce que le stationnaire garde son calme : ne prend-il donc pas la mesure de ce qui se passe ? De la gravité, de l'urgence ? Ainsi, dans le cas de l'appel n° 18 relatif au feu de cheminée.

Clôtures et interruptions

Nous avons vu comment les ouvertures cadrent échange. Une autre compétence interactionnelle est celle consistant à l'interrompre, à forcer un passage dans un monologue et enfin à clore l'échange.

L'analyse d'un échantillon d'une trentaine d'appels[270] fait apparaître certaines régularités formelles. Les stationnaires, comme nous l'avons dit, ouvrent et ferment l'échange selon quelques formules toutes faites et fonctionnelles : « Pompiers… » et ses variantes en ouverture, indiquant à l'appelant qu'il a bien composé le numéro des pompiers ; indication du départ des secours (« les pompiers arrivent » et autres variantes), qui préparent la clôture ; « voilà », qui marque l'aboutissement de l'appel, en même temps que la fin de l'échange, puisqu'on est parvenu à une décision/action ; puis « au revoir ». Du côté des appelants, se dégagent aussi des récurrences, notamment le « oui », comme amorçage de la conversation, en plus de « bonjour » ou en tenant lieu ; un emploi quasi systématique de l'expression « d'accord » pour acter ce qui a été dit au moment de raccrocher, souvent assortie de remerciements, même sans intervention, et du traditionnel « au revoir ». « Bonjour » et « au revoir » sont plus rares chez les requérants que chez les pompiers, ce qui donne de façon typique :

Les pompiers
Oui, c'est pour […]
[…]
Les pompiers vont venir
D'accord, merci, au revoir
Voilà, au revoir.

L'appel suivant peut être considéré comme typique du point de vue du formatage des ouvertures et des clôtures :

Appel n°9
S : **Les pompiers bonjour**

---

270 Voir en annexe notre « Tableau des ouvertures et des clôtures ».

F : **Oui** bonjour c'est l'agence France Télécom, de Paris-Henri-Martin, on a un problème avec une personne qui a été frappée par, par euh, sur la ligne, qui est dans l'agence, qui est vraiment pas bien du tout, elle a elle a pris un coup
S : C'est quoi votre adresse
F : Au visage
S : Pardon ?
F : C'est coupé. Donc seizième donc,
S : A l'agence France Télécom, hein ?
F : Ouais agence France Télécom ouais, il faut surtout qu'elle soit calmée parce que
S : Y a un étage dans l'agence
F : Euh oui oui, vous passez directement à l'agence, de toute façon elle va elle va patienter là, hein, on va la, on va, on est avec elle, on patiente avec elle
S : Vous êtes au rez-de-chaussée
F : Ouais on est au rez-de-chaussée
S : **On arrive**
F : **D'accord**
S : **Au revoir**
F : OK **au revoir**

On voit en outre que les questions sont rares et ne concernent que le lieu (adresse, site, étage). Le motif, donné spontanément, suffit en effet pour décider d'envoyer et savoir quoi envoyer. Dans ce cas, simple et banal, non seulement le stationnaire n'a pas besoin d'autres éléments, mais chaque nouvel élément inutile à l'action, à son niveau, lui fait perdre du temps, et en premier lieu pour la prise d'autres appels. On touche ici du doigt une forme de « non-réciprocité des perspectives », et la spécificité du travail du stationnaire par rapport à l'expérience du requérant et au secours pris comme activité globale. Pour le stationnaire, qui s'occupe de mobiliser un équipage, seuls comptent en effet – de façon caricaturale mais clarificatrice – le *motif* et *l'endroit*. L'état émotionnel du requérant et les circonstances du problème sont non seulement inutiles, mais aussi encombrants, chronophages. Ils peuvent même brouiller le message (appel n°15).

Dans la lignée de nos réflexions sur la multiactivité, nous pourrions dire que l'interruption, « perturbante (par rapport à l'exécution du plan) ou positives comme occasions

de réactivité) »[271] au sens licoppien, est ainsi moins pour les pompiers un problème, ou un risque réel de dispersion, qu'une *ressource*, une nécessité, un métronome, une compétence à gérer les interruptions extérieures (écoute flottante, notamment) et à interrompre le requérant, pour tenir l'impératif d'une minute maximum par appel et une licence, comme on le voit dans les quatre extraits suivants.

Appel 29 (extrait)
S : **Voilà, maintenant on va aller se coucher hein,** on va aller se reposer un peu puis demain il fera jour, hein, d'accord ?Et puis demain vous consultez pour votre doigt, au revoir
H : Mon seigneur et mon dieu…
Le pompier raccroche

Appel n°15 (extrait)
S : Alors, quelle adresse, monsieur
H : 28 rue du château, quel est le code, 222 ?
S : **Attendez attendez j'ai pas noté**, 28 rue du château sur Saint Maure, hein ?

Appel n°16 (extrait)
[…]S : On va venir la voir
F : D'accord
S : **Attends ! raccroche pas**, tu vas me donner ton adresse
F : D'accord

Appel 18 (extrait)
S : Vous éteignez le feu qu'il y a dans la cheminée
F : Comment je vais faire ? !
S : Avec un seau d'eau !
F : Un seau d'eau prend un seau d'eau renverse là. On a éteint là
S : Voilà. On arrive.
F : D'accord dépêchez v…
(**Il raccroche sans attendre**, énervé)

On voit, dans l'appel 29, le stationnaire couper court à l'appel devenu délirant, non sans avoir donné quelques conseils dont il pense lui-même qu'ils seront oubliés au matin.

Comme A. Borzeix[272] le rappelle :

« L'employé doit savoir se dégager de l'interaction pour passer à ses autres tâches (aux autres qui attendent) c'est-à-dire à ses autres engagements ; son engagement a donc une

[271] C. Licoppe, « Pragmatique de la notification », Paris, *Tracés* n°15, mai 2009.

[272] Langage et travail, 1992, op. cit. p. 9.

dimension temporelle qu'il lui faut contrôler. Ce désengagement peut à l'occasion devenir pour lui une finalité ».

On pense également à nouveau aux procédures de *pare-engagement* évoquées par Goffman[273], ici réduites à leur plus simple expression, puisqu'il suffit au stationnaire d'intimer (« attendez ! » ; « raccroche pas ») ou de raccrocher.

6.3.2. Au SAU un accueil soignant

Les étapes de l'alerte et de la prise en charge, nous l'avons vu, fonctionnent très différemment : au niveau de l'alerte, l'ajustement est automatique sur un nombre très restreint de variables (motifs parmi les 150 recensés, site, centre de secours concerné, moyens disponibles dans la zone d'intervention…). Non pas que l'ajustement ne soit pas complexe, mais les variables et les interactions entre variables ont été prévues, enregistrées, et leur traitement constamment mis à jour et, finalement, automatisé. Au niveau du stationnaire, les opérations sont très peu nombreuses, et la séquence est très courte. Le cadre interactionnel est soutenu et entrelacé dans le cadre technique du logiciel SYNTIA, véritable métronome et script de l'échange qui en détermine les tours, les étapes et la clôture. Ainsi, sorte de tiers du tiers, ou « tiers^2 », on pourrait presque dire que c'est SYNTIA qui *cadre* l'échange. Le logiciel détermine quelles informations demander et ce qui en est fait. À charge pour le professionnel de les obtenir, de les saisir et d'accepter ou non la solution proposée *in fine* par le logiciel.

L'accueil dans les SAU, en revanche, n'est pas automatisé : nulle base de données ici dans laquelle saisir les symptômes, la douleur ni déterminer un degré de priorité pour mobiliser une équipe et une grappe de soins.

---

273 E. Goffman, « les pare-engagements » *op. cit.*

L'infirmier d'accueil réalise, comme nous l'avons vu, un cadrage de la situation auprès de chaque nouvel arrivant en lui expliquant le fonctionnement des tours de passage, en lui indiquant de la main et du regard l'emplacement de la salle d'attente (« vous pouvez attendre là ; allez vous installer en salle d'attente on vous appellera »), et assume le travail d'ajustement et de conciliation quand ce traitement pose ou finit par poser problème aux personnes en question[274].

Mais surtout, l'IOA examine également les patients, ce qui change profondément le périmètre et la nature de l'interaction. La coprésence dure. L'infirmière se concentre sur ce qu'elle voit, touche, les expressions, la plainte, avec un degré de discernement très fin dans l'interprétation et l'élucidation de telle expression, tel type de pleur, telles circonstances. Nous sommes loin du stationnaire focalisé sur le remplissage d'une grille, le lancement d'un programme.

L'infirmier est en effet déjà dans le *soin*, alors que le stationnaire est dans un autre régime d'action, le *déclenchement*. La différence entre ces deux postes de l'urgence est un peu celle qui distingue l'entretien du questionnaire : il y a quelque chose de qualitatif dans l'examen infirmier, accompagné des premiers soins, et au contraire quelque chose de binaire, envoyer ou ne pas envoyer, dans le travail du stationnaire. Bien sûr, l'infirmier connaît lui aussi cette dimension binaire – décider si le dossier est classé priorité 1, 2 ou 3, mais se déploient autour de ce classement une incursion compréhensive et de premiers gestes de soin.

Sans entrer dans une comparaison terme à terme, l'échange inaugural avec l'infirmier d'accueil est plus long, moins formel, et les gens reviennent au comptoir quand la partie opérationnelle, la prise en charge par un médecin, tarde trop. Ils ajoutent alors souvent des informations supplémentaires, susceptibles d'accélérer la prise en charge : « il n'a rien mangé depuis ce matin » ; « il est tout rouge, maintenant »… Les différences, nombreuses et

[274] Voir *supra*.

diverses, ne se limitent pas à une question de cadrage rituel. Non seulement le face-à-face, mais l'organisation des séquences au sein du service, et les tâches associées à l'infirmier d'accueil (notamment un premier examen du patient), entrainent bien aux SAU une toute autre approche du public, et des contacts plus longs[275].

6.4. Les apparences normales

On peut considérer que la neutralité affichée par les stationnaires dans l'échange rencontre deux logiques : celle qui cherche à prévenir les débordements émotionnels de l'appelant, au risque de noyer le récit et celle qui veut qu'ils se distancient affectivement eux-mêmes des situations où ils se trouvent plongés et qui peuvent être pathétiques.

6.4.1. Cadrage émotionnel du requérant

L'investissement affectif est séparé d'une prestation qui pourtant est émotionnellement et moralement chargée. Le professionnalisme, la désincarnation du secours en tant que service public, est telle qu'il n'y a aucun retour auprès des stationnaires et qu'ils ne le demandent pas, au contraire. Rappelons ce leitmotive dans les discours des professionnels des métiers de la maladie, de la souffrance et de la mort : « on ne compatit pas, si on compatissait on ne tiendrait pas longtemps ». Évidemment, comme l'ont montré de nombreux travaux[276], l'expérience ordinaire est beaucoup plus nuancée, de même que les discours selon la qualité

[275] On traitera ce point plus particulièrement dans la troisième partie consacrée au parent.

[276] Limitons nous à mentionner d'une part P. Paperman, « Engagements et émotions », *in* J. Ion et M. Peroni, *Engagement public et exposition de la personne*, Edition de l'Aube, 1997 et d'autre part un récent ouvrage sur la question, qui mobilise une riche enquête ethnographique en milieu hospitalier : V. Guienne, *Sauver, laisser mourir, faire mourir*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2010.

des entretiens. Pourtant, le thème de la « distance nécessaire », avec toutes les nuances qu'il peut parfois comporter, demeure et se transmet d'ailleurs dans les formations. Elle se traduit dans le style linguistique des professionnels. On n'a par exemple pratiquement pas d'expression de compassion ou soutien affectif, alors que dans la plupart des autres situations sociales, le récit d'un problème entraine un niveau minimal d'acquiescement ou d'expression de sympathie. Symétriquement, dans ce cadre, le requérant évite d'exprimer ce qu'il *ressent* pour s'en tenir, autant que possible, au factuel. Nous pouvons alors lire ce refroidissement comme une *mesure* prise par le stationnaire pour permettre qu'un événement potentiellement tragique puisse être évoqué comme s'il ne l'était pas, et donner lieu à un dialogue efficace, c'est-à-dire sans que l'émotion qu'il pourrait susciter ne le submerge.

Le professionnel doit parvenir, dans certains cas très marqué par la dimension émotionnelle de la crise, à transformer l'*expérience* du requérant en un cas. Ce faisant, il doit en quelque sorte « refroidir les données ». Ainsi si le professionnel fait société à travers le rôle essentiel qu'il joue dans le secours entre inconnus, loin de chercher à « réchauffer le monde », il viserait plutôt dans le cadre de sa performance, à le refroidir, comme nous l'avons abordé d'une autre façon précédemment. Très superficiellement, ce « refroidissement » correspond souvent à une prosodie « professionnelle » particulière : un ton calme, pausé, des phrases courtes, simples et factuelles.

Dans l'appel suivant, nous voyons comment le professionnel parvient à endiguer l'émotion qui menace de submerger une fillette seule avec son frère blessé. Il parvient à la calmer et à la faire agir tout en restant constamment dans un cadre factuel et en amenant l'enfant sur ce terrain, et dans l'action[277].

Appel n°16 : la grande sœur et la plaie au front
S : Pompiers bonjour.

[277] Voir annexe, appel 16 « la grande sœur… ».

F : Ma sœur elle est tombée elle s'est ouvert un peu la tête.
S : Elle a quel âge ta sœur ?
F : Elle a un an et demi [voix tremblante, jeune fille].
S : Un an et demi, d'accord. Elle est, elle est tombée comment ?
F : Et ben elle était à-côté de elle était debout à coté de, de la douche et elle est tombée sur le rebord.
S : De la douche ?
F : Oui.
S : **On va venir la voir**.
F : D'accord.
S : Attends, raccroche pas, tu vas me donner ton adresse.
F : d'accord, chut, bébé pleure pas [en pleurant. On entend le bébé hurler derrière].
S : **Allez, vas-y** donne moi ton adresse. […] Alors…
F : Bébé touche pas [en larmes].
S : **Pleure pas, pleure pas toi aussi**.
F : Je peux pas.
S : Sinon on va pas y arriver. C'est à quel étage ?
F : Euh c'est au quatrième.
S : Quatrième étage ?[…] D'accord. Et elle saigne d'où ta sœur là ?
F : De la tête.
S : Oui mais où ?
F : Euh…
S : Devant, derrière ?
F : Non plutôt devant, devant ben, sur le front.
S : Sur le front.
F : Oui.
S : c'est bien ouvert ?
F : Ben, oui quand même.
S : D'accord bon tu vas prendre un, **ce que tu vas faire là,**
F : Oui ?
S : **Tu vas prendre un gant**.
F : Oui.
S : **Propre**.
F : Oui.
S : **Et puis tu vas le mouiller un petit peu.**
F : D'accord.
S : **Et tu vas lui poser, sur la plaie, d'accord ?**
F : d'accord.
S : **Et tu mets rien d'autre**.
F : D'accord.
S : **Tu nettoies un petit peu.**
F : D'accord.
S : **Les pompiers arrivent**.
F : D'accord.
S : Mais **tu nettoies avec de l'eau**, hein ?
F : Oui oui.
S : **Les pompiers arrivent**.
F : D'accord.
S : Voilà.

Contrairement à une idée reçue assez largement partagée, il est plutôt rare que les stationnaires cherchent à rassurer l'appelant (« on n'est pas des psy ! »), sauf si cela peut faciliter la délivrance d'information. Si l'interlocuteur est un enfant, le stationnaire est cependant beaucoup plus attentionné. Dans cet appel, le ton est très doux. Le stationnaire parle lentement et se fait confirmer étape par étape que la petite fille a bien compris. Il la rassure dès le début de l'échange (« les pompiers vont venir voir », répété deux fois). Ses adresses, pourtant minimales, (« pleure pas toi aussi sinon on va pas y arriver ») ont un effet apaisant immédiat. Il lui donne une tâche à remplir, qui en fait n'est pas cruciale, mais qui devrait calmer et le bébé et la fillette. Puisque la mère est absente il responsabilise la petite, la réinvestit d'un pouvoir sur les événements, bref endigue la panique.

6.4.2. Dédramatiser, sans rassurer

Le « retour au calme » mis en place par le stationnaire à travers un refroidissement des situations critiques, s'il peut permettre au requérant de prendre part au secours dans la situation critique, peut aussi viser à dédramatiser la situation afin, au contraire, de *ne pas intervenir*. Regardons dans l'appel suivant dans quelle position est placé le pompier dans le cas d'une femme coincée dans un monte-charge.

Appel n° 4
S : Les pompiers
F : Oui euh je suis coincée dans l'ascenseur
S : Oui ben il, faut appeler l'ascensoriste madame
F : Mais je peux pas ! Je suis dans l'ascenseur dans le noir !
S : Mais non. Vous n'avez pas le téléphone ?
F : Ben, j'ai mon téléphone portable mais **comment je fais ! ?**
S : Ben c'est très bien, ça doit fonctionner, vous êtes quoi, c'est quoi comme appareil ?
F : Nokia
S : Non pas l'…
F : (voix stridente, au bord des larmes) Je suis dans le noir je suis complètement dans le noir là, j'ai plus que mon briquet pour faire votre numéro
S : Vous savez pas que quand on appuie sur le portable il s'allume
F : Mais votre numéro, mais l'ascenseur je l'ai pas moi !

S : La marque. Je vous ai pas demandé le numéro, c'est la marque que je veux.
F : La marque de l'ascenseur ?
Oui, ça peut être OTIS, c'est marqué dessus hein.
F : Charoteau, c'est marqué appareil entretenu par Charoteau.
S. Ascenplus !
F : Ascenplus
S : Oui, Ascenplus euh, ben très facile à retenir en plus : comme vous êtes dans le noir vous allez pas pouvoir le noter, alors c'est le 0812345678, 0812345678, c'est la société Ascenplus qui va envoyer un technicien
F : Je peux pas retenir de mémoire tout… je suis dans le noir moi, pfff
S : C'est pas parce que vous êtes dans le noir que vous allez pas pouvoir retenir de mémoire : en parlant fort : 0812345678
F : 0812345678
S : C'est ça
S : Sinon vous avez appuyé sur le bouton d'alarme ?…vous avez déjà appuyée sur le bouton d'alarme ?…allô !
F : Ben oui mais j'arrête pas, **y a personne**
S : Voilà oui, faites ce numéro là vous aurez la société au bout du fil, ils vont vous envoyer un technicien , si il, si il n'est pas déjà parti, à mon avis il est déjà parti hein, si vous avez déjà appuyé sur le bouton d'alarme
F : (résignée, des sanglots dans la voix) Bon ben j'appelle
S : Hein bon sinon si vous avez un souci vous nous rappelez

Cet appel nous parait exemplaire de l'un des rôles typiques des secours que nous n'avons pas encore abordé : apporter leur tiercéité dans un moment de solitude et d'impuissance.

On voit dans cet appel comment le professionnel est appelé par défaut, parce qu'un recours privé est défaillant et que l'on ne peut rester « sans rien faire » et encore moins attendre seul. On retrouve des tendances du même ordre aux urgences pédiatriques, lorsque les parents arrivent avec leur enfant parce qu'il crie et qu'ils ne savent plus que faire. Mais alors que les SAU sont plutôt bienveillants vis-à-vis de ces situations de panique sans réel motif pathologique, les pompiers se montrent intransigeants. Ici le professionnel refuse de jouer le rôle de celui-qui-rassure (alors que les SAU l'acceptent). S'il comprend la demande implicite (la dame est seule, dans le noir, et elle a peur) il lui oppose une analyse factuelle de la situation qui oblitère la dimension émotionnelle pour la cantonner à une demande de secours d'urgence, à laquelle sa situation ne correspondrait pas.

Dans cet appel la femme est, ou du moins se met en scène, dans une situation de vulnérabilité totale : elle est seule, dans le noir, dans un ascenseur bloqué et le bouton d'alarme n'entraine aucune réaction perceptible. Elle ne sait pas si son appel est entendu ou non, ni si l'on va venir la délivrer, ni quand... c'est bien ce qu'elle met en avant : son isolement, sa vulnérabilité, l'absence de ressource locale, dans son appel.

Le stationnaire, de son côté, retient surtout l'absence de danger.

Il comprend le problème et entend la détresse mais ne se laisse pas mobiliser pour un motif qui ne lui parait pas correspondre aux missions des pompiers. Il faut préciser qu'au terme de discussions et de demandes répétées, le dépannage et l'ouverture d'ascenseur est désormais dévolu d'abord aux ascensoristes et que les pompiers ne se montrent plus aussi conciliants que par le passé. L'objectif est de dissuader les appels de dépannage et d'habituer les gens à recourir au service prévu.

Nous voyons aussi dans cet appel que la femme en appelle aux pompiers faute de secours privé pour la libérer. Faut-il voir dans le recours aux pompiers une réponse tantôt à la faillite des résolutions privées, que les tiers privés aient échoués à résoudre la crise, à en réduire le caractère effrayant ou qu'ils soient absents ? Les services de secours sont alors ceux qui, à condition que le motif le justifie, se déplaceront et sauront quoi faire parce que, justement, ils n'appartiennent pas à la sphère privée qui a montré ses limites, soit en termes d'engagement, soit en termes de compétence.

6.4.3. Neutralité et impassibilité comme tact

La tiercéité du professionnel des secours s'exerce comme une relation économe, impersonnelle et surtout, fonctionnelle, tout en restant ouverte à l'événement, à l'exception et finalement, à la situation de secours d'urgence, imprévue par définition.

Au 18, « Courage. Efficience. Discrétion », la devise en lettres d'or dans un cadre d'un mètre carré accroché au mur, rassemble les trois points à respecter dans le traitement des appels. Les stationnaires, comme les autres pompiers, ont peu de consignes, mais ils ont donc notamment celle d'être discrets. Cela signifie, au-delà de l'évidence, ne pas poser de questions n'entrant pas dans le cadre de l'intervention. C'est *in fine* ne pas chercher trop loin les causes du problème, ou plus exactement, ne pas interroger les responsabilités, et ne rien manifester quant au contexte du problème. Ainsi, ils donnent à l'échange les apparences formelles d'une conversation normale.

L'effet est double. D'une part, ils sauvent les apparences pour le requérant, qui n'est pas stigmatisé comme incongru, fautif, ... D'autre part, ils se posent en experts. Ils manifestent ainsi que ce qui arrive à l'appelant est leur normalité, qu'ils sont « là pour ça ». Ils s'objectivent eux-mêmes, comme professionnels ne portant pas de jugement moral ou normatif sur la situation, et tournés vers l'organisation du sauvetage. Les pompiers offrent une intervention indifférente au contexte et aux personnes qui s'y rattachent. C'est cette neutralité de façade qui facilite, voire qui permet, aux pompiers de pénétrer dans la vie, l'appartement, l'histoire des personnes et d'être témoins de situations parfois très intimes. Un pompier disait à ce propos que ce qui l'avait le plus marqué en intervention était « d'entrer chez les gens, de voir comment ils vivent, la misère dans laquelle ils vivent parfois ». Une relation plus personnelle entre le requérant et son locuteur est plus difficile à réaliser. En contrepartie, le requérant peut conserver un certain aplomb, ou une panique visible, sans grande conséquence pour son ego.

C'est parce qu'il incarne un intérêt médical, segmenté, limité, et qu'il met en scène ce rapport dépersonnalisé au cas (en ne faisant pas de commentaire sur ce qu'il voit) que le pompier n'est pas considéré comme indiscret lorsqu'il pénètre chez les gens, et que, de la

même manière, le médecin peut accéder à des informations intimes et au corps nu sans créer trop d'embarras.

L'injonction éthique à « ne pas juger » le public et à traiter « tout le monde à égalité » vient ici nuancer l'indifférence apparente caractérisant la tiercéité des professionnels du secours d'urgence analysée jusque là sous l'angle d'une froideur et qui se révèle aussi paradoxalement comme marque de respect de l'intime et comme tact.

Mais ce tact revient parfois aussi à éluder le terrain social et tout ce qui peut s'y rapporter. Il y aurait quelque chose de l'ordre de l'inattention civile décrite par E. Goffman, « cette forme pauvre d'interaction, à la limite de l'évitement et de la rencontre » analysée par I. Joseph, dans la retenue, la réserve, le regard morcelé que portent les professionnels de l'urgence aux bénéficiaires de l'urgence, renforcée par l'absence de suite à la rencontre, la multiplication anesthésiante du défilé des patients d'un jour et l'injonction de « ne pas juger ».

> «L'inattention civile consiste à montrer à autrui qu'on l'a bien vu et que l'on est attentif à sa présence (lui-même devant en faire autant) et, un instant plus tard, détourner l'attention pour lui faire comprendre qu'il n'est pas l'objet d'une curiosité ou d'une intention particulière. En faisant ce geste de courtoisie visuelle, le regard du premier peut croiser celui de l'autre, sans pour autant s'autoriser une « reconnaissance ». Lorsque l'échange se déroule dans la rue, entre deux passants, l'inattention civile prend parfois la forme suivante : on jette un œil sur autrui à environ deux mètres de lui, pendant ce temps on se répartit par gestes les deux côtés de la rue, puis on baisse les yeux à son passage, comme pour une extinction des feux. C'est là peut-être le plus mineur des rituels interpersonnels, mais celui qui règle constamment nos échanges en société. »

Cette attitude, pleine de tact goffmanien[278], peut amener le professionnel à fuir les éléments jugés privés, sociaux, alors même qu'ils pourraient avoir une incidence sur la prise en charge.

278 E. Goffman, sur le tact system *in Façons de parler*, montre comment le fait d'éluder un sujet de conversation, de se faire un devoir de ne pas remarquer un comportement gênant, etc., témoigne justement d'une stigmatisation (c'est bien parce qu'on juge le comportement déplacé qu'on y réagit en feignant l'ignorer), et protège autant celui qui fait preuve de tact que celui envers lequel il est fait preuve de tact.

Des travaux menés sur la relation soignante entre patients et infirmiers montrent ainsi les effets des échanges verbaux sur la « qualité » des soins. Sans même évoquer les aspects psychosociaux, lorsque l'infirmier accepte de laisser une place à des échanges extra-médicaux dans la conversation, les informations qui affleurent peuvent orienter la prise en charge[279] ; les références partagées deviennent aussi plus nombreuses, ce qui améliore l'intercompréhension. Une étude[280] pointe le contraste entre la « qualité » de la relation avec les infirmiers professionnels capables de s'engager dans une relation non uniquement technique, et celle avec un personnel non formé (aides-soignants et externes se cantonnant aux aspects logistiques et prévenant toute sortie hors du cadre médical des échanges). Or l'étude met en évidence le fait que les digressions peuvent contenir des informations utiles sur un plan médical ou soignant et que plus elles sont encouragées, meilleure est la prise en charge. Dans une certaine mesure, les urgences sont le lieu par excellence d'une approche technique du patient, compte tenu du caractère morcelé, éphémère et discontinu de la relation médicale ou soignante qui s'y noue.

Foncièrement, et cela fait partie parfois des frustrations des professionnels, les urgences ne sont pas prévues pour amorcer une prise en charge sur-mesure. L'arbitrage entre ce qu'il faudrait (de temps, de suivi, de tranquillité) pour amorcer une prise en charge ajustée, tenir le rythme imposé par le nombre quotidien de patients, et parer au mieux au plus urgent, aboutit à réduire le temps consacré à l'entretien médical et à décourager les digressions conversationnelles, quitte à manquer des compléments d'informations – on considère qu'ils pourront toujours être rattrapés ailleurs[281].

---

279 « Taking risks: an indicator of expertise? », *Research on Language and Social Interaction*, vol. 35, n°2, 2002.

280 *Ibid*.

281 En particulier, lors de l'hospitalisation ou en consultation de ville.

6.4.5. Jouer des cadres

L'extériorité interactionnelle, telle qu'elle s'exprime dans l'échange, ses nuances, et les cadrages imposés par les professionnels aux requérants, indiquent tout à la fois comment se placer (et se déplacer) dans une norme commune (tout le monde est traité à la même enseigne, selon les mêmes règles impersonnelles), c'est-à-dire un ensemble opposable de droits et de devoirs de l'appelant, accompagnant ou requérant et du professionnel, et où se situent (et se franchissent) les limites à l'engagement et à l'implication personnelle du professionnel. Les interactants peuvent cependant tenter d'en jouer pour d'autres fins. Le médecin soignant peut travailler dans un mutisme hostile, pour rendre la prestation désagréable, en représailles d'un comportement ou d'un motif de consultation jugés illégitimes. Il donne à sa manière d'interpréter son rôle un style qui insiste sur la froideur et le détachement.

6.4.6. Styles et fabrication

Au 18, le fait de ne pas se voir rajoute encore du flou à la distance et permet de jouer sur l'imaginaire du requérant quant aux moyens dont disposent les pompiers « à l'autre bout du fil ». Les pompiers peuvent notamment en jouer pour menacer le requérants. Il s'agit typiquement de ce que Goffman appelle une « fabrication », manière de jouer avec des indices pour induire un cadrage.

Dans l'appel suivant, le stationnaire joue ainsi de l'ignorance d'un enfant quant aux moyens des pompiers, et à leur capacité de riposter à une blague :

Appel n°12

S : Pompiers bonjour
F : Euh 6 allée, euh oui, monsieur ? Euh, j'ai vu une maison en feu, je sais pas mais j'ai vu de la fumée sortir au 6 allée non c'est, c'est, attend, attendez monsieur parce que là je suis à côté
C'est dans Allée du Préau
S : Tu lèves la tête que je te prenne en photo dans la cabine téléphonique

(L'enfant raccroche précipitamment)

Les appels passés d'une cabine téléphonique sont identifiés en tant que tels. Le pompier laisse croire qu'il peut voir le plaisantin et le prendre en photo.

Dans l'appel suivant, le stationnaire joue sur les hypothétiques procédures facilitées entre institutions, en l'occurrence entre pompiers et police, et des pouvoirs de contravention dont disposeraient les pompiers. Il use, en outre, d'un ton distant malgré les tentatives de « réchauffement » de l'échange de la requérante, pour tester la légitimité d'une demande qui parait de prime abord potentiellement abusive, donc à décourager.

Appel n° 8

1. S : Pompiers bonjour
2. F : Oui bonjour euh je suis la nounou d'un petit enfant de onze mois, qui est au 3 rue Michel
3. S : Oui
4. F : Et la porte est fermée et mes clefs se retrouvent à l'intérieur pour l'instant elle dort depuis quatre heures moins cinq (sanglots contenus) en sortant pour les poubelles, elle est toute seule quoi, je pars chercher la grande, je suis déjà à son école à quelques pas de là-bas, est-ce qu'on peut se rencontrer là bas dans quelques minutes ?
5. S : Euh vous étiez partie chercher la, chercher la grande ?
6. F : Non non, je suis sortie d'abord pour jeter la poubelle
7. S : Oui
8. F : Pour revenir en arrière la rhabiller, même quand elle dort
9. S : Oui
10. F : Mais la porte s'est refermée
11. S : Ah oui d'accord
12. F : Mm
13. S : C'est à quelle adresse s'il vous plaît ?
14. F : 3 rue Michel
15. S : …Qui c'est qui souffle là derrière ?
16. F : : C'est une directrice qui souffle derrière. Vous l'entendez aussi ?
17. S : Evidement
18. F : (Rire)
19. S : Vous êtes sur Paris ?
20. F : Oui, quatorzième
21. S : **S'il n'y a pas d'enfant dans l'appartement**
22. F : Mmh ?
23. S : Vous allez avoir **de gros problèmes**
24. F : Non, y a, dans son berceau
25. S : **C'est pour vous, moi je vous préviens**
26. F : Oui oui, y a pas de problème

27. S : **Honnêtement, moi je m'en fous, c'est pas moi qui aurais une amende à payer**
28. F : **Pourquoi, des problèmes ?**
29. S : Si vous nous demandez du secours parce que votre porte a claqué
30. F : Non non, vous en faites pas y a bien un enfant là dedans, je l'ai pas imaginé
31. S : **D'accord, mais si y a pas d'enfant dedans vous aurez des problèmes**
32. F :OK
33. S : Vous allez nous attendre en bas ?
34. F : OK à tout à l'heure
35. S : Dans cinq minutes
36. F : Mmh, bye
37. S : Au revoir

L'enjeu étant de désamorcer autant que possible l'éventualité d'une ouverture de porte sans motif réel, le stationnaire joue de règles inconnues – et pour cause, elles n'existent pas – manifeste ses doutes, se montre méfiant (l. 15) et ignore systématiquement les tentatives d'adoucir (rires ; l. 18 et 30). Le stationnaire reste dans son formalisme le plus strict, sauf pour accentuer encore la menace de sanctions (l. 27) en laissant entendre qu'une judiciarisation et des amendes suivraient automatiquement la découverte du mensonge, ce qui est faux.

Il y a chez les professionnels de l'urgence toute une manière de jouer de « l'institutionnalité » et du formalisme langagier dans le cours de l'échange pour faire passer différents messages régulateurs et disciplinaires, maintenir et repositionner l'échange dans les limites d'une transmission d'informations professionnellement pertinente, et rien de plus.

Le « professionnalisme » caractérise ainsi la *construction* d'une figure de la compétence et de la tiercéité, qui joue notamment de sa distance avec le public pour cadrer l'échange.

6.5. Cadrage normatif

Les cas graves, vitaux, ou nécessitant une intervention sans délai réinscrivent les professionnels dans leurs compétences, en même temps que dans un rôle valorisant de dernier recours, que sapent *a contrario* les cas bénins. Ces faits marquants les mobilisent d'une façon bien différente des problèmes plus routiniers : leur engagement y est plus important, et fonction directe d'un enjeu pour la santé du patient.

Mais l'écrasante majorité des visites concerne des urgences classées non prioritaires et jugées le plus souvent peu justifiées par les professionnels. Dans la majorité des cas, au sein des SAU, les situations de contact avec un public jugé, au pire, illégitime à se présenter (la « bobologie », les « cas sociaux », les logiques consommatrices), au mieux inutilement inquiet (« l'urgence ressentie »), nous montrent des professionnels moins engagés *dans la relation de service*, que dans le tri et la mise à l'écart d'une population ne correspondant pas à la « clientèle » attendue. Cet écart, qui peut tourner en défiance, ou en lassitude chez les urgentistes, se retrouve chez les pompiers, qui peuvent considérer que les requérants appellent « pour rien, » sont « des assistés, » ou les prennent pour « des larbins », sans même évoquer caillassages et guet-apens[282]. Que les relations entre les urgences et leur public soient problématiques, les catégorisations en termes de « cassoc' », de « daube » et de « bobologie », sur lesquelles nous allons nous pencher, en témoignent.

La notion d'urgence est au cœur des débats sur la « bobologie », qui traversent les urgences depuis au moins une dizaine d'années. Dans un nombre croissant de cas, les demandes des usagers se présentant aux portes des urgences diffèrent des motifs légitimes de mobilisation exprimées par l'institution, le politique et les professionnels. Les travaux menés sur cette « bobologie » et, d'une façon générale, sur les publics des urgences, mettent ainsi en

[282] Nous faisons volontiers l'hypothèse que l'on retrouverait des catégorisations et des plaintes similaires dans les autres services d'urgence, police-secours en particulier.

évidence la part très minoritaire du risque vital ou matériel dans la pratique et dans les demandes[283]. Une partie des analyses voit ici l'expression d'une tendance en voie de généralisation consumériste – c'est pratique, et j'y ai droit – ou individualiste – c'est pratique pour moi, peu importe le coût pour la société. Nos observations menées dans ces services conduisent à nuancer nettement ces analyses. Si, effectivement, les professionnels font face à des demandes qui ne correspondent pas à leur conception de l'activité, la manière dont ils les abordent nous invite à compliquer les approches normatives en termes de « bon » ou de « mauvais usage » des urgences.

Nous n'aborderons ici pas la légitimité attribuée aux différentes demandes, mais plutôt ce qui fait un beau cas ou une « daube », selon l'expression des professionnels (pompiers comme urgentistes, d'ailleurs), en nous appuyant essentiellement sur le terrain des appels au 18. Il s'y passe en effet phénomène particulier que nous avons observé, le cas du « samedi soir », nous parait pouvoir éclairer sous un nouvel angle la notion de tiercéité du professionnel[284].

6.5.1. La grandeur de l'intervention

Qu'est-ce qu'un « bon appel » ? Comme dans la plupart des métiers de la relation au public, on repère une susceptibilité et un fatalisme s'agissant des civilités, en même temps que la recherche d'une économie propre à un dialogue « efficace », c'est-à-dire utile et pas plus long que nécessaire. Pour les stationnaires, il y a très peu de « bons appels », c'est-à-dire d'échanges à l'économie, où l'allocuté parle bien, répond bien, connaît les informations et les

---

283 J. Peneff, 2000, *op. cit.* ; C. Heath, 1986, *op. cit.*

284 Nous n'avons pas observé d'équivalent au samedi soir du CCOT au sein des SAU, même si la nuit représente un moment à part dans l'activité des professionnels. Sur les nuits dans les services hospitaliers, voir A. Vega, *Infirmières le savoir de la nuit, op. cit.*

détails pertinents, sans faire perdre de temps. L’appel ci-dessous est toutefois jugé comme un « bon appel, impeccable, il sait ce qu’il dit, pas de problème » :

Appel n° 10
S. Pompiers bonjour.
H. Oui, Monsieur bonjour, une collaboratrice de la société vient de faire une périte épileptique elle vient de faire, une crise à l’instant, ce sont des crises assez violentes nous sommes au 3 place Ney, dans le secteur Bercy expo Paris douzième.
S. Elle a des médicaments sur elle ?
H. Euh pas que je sache, on va regarder dans son sac, mais euh, je n’en suis pas certain, enfin là il y avait donc une absence violente, euh, évidemment contraction des mâchoires.
S. Et c’est la société ?
H. Eurodice, mon service se situe au troisième étage, je fais prévenir notre hôtesse d’accueil qu’on vous laisse un libre accès rapide bien sûr.
S. Très bien nous sommes en route.
H. Entendu, donc au 3 place Ney, merci.
S. Au revoir.
H. Au revoir.

Non seulement l’appelant est clair et précis, mais il s’exprime dans un langage presque soutenu, ce que les pompiers apprécient ; il est poli, et sacrifie à toutes les civilités d’usage, sans panique ni ostentation : le stationnaire est satisfait, et le dit. Le plus souvent, les civilités sont en effet totalement, ou partiellement, négligées par les requérants. Le contenu des appels étant pour eux une routine, la principale différence faite entre les appels, en dehors de la gravité, concerne les remerciements et les civilités qui s’y expriment, notamment le respect ou l’omission du « rituel d’accès », à savoir, au minimum, « bonjour ». Ce dernier cas est d’autant plus mal vécu que le stationnaire n’a d’autre choix que de continuer l’échange.

Les « bons appels » ne sont toutefois pas uniquement les appels faciles et agréables. Sont souvent perçus, voire thématisés, comme de « bons appels » ceux impliquant beaucoup de victimes, beaucoup de dégâts matériels, et/ou beaucoup de moyens ; ils animent nettement les stationnaires et produisent dans la salle une agitation communicative. La sensation de participer à une opération d’ampleur, le sentiment de voir justifiée la raison principale de l’institution, et ce qui fonde leur figure d’experts du risque et de sauveurs, au sens chevaleresque du terme – se mêlent ici.

Le même phénomène s'observe aux urgences : ce qui rompt positivement la routine, et récompense la fatigue, ne sont pas les périodes d'accalmie, mais « les bonnes grosses fractures » et, plus largement, les cas rares, complexes, demandant beaucoup de coordination, d'équipement ou de technicité. Ainsi, la réimplantation dentaire, pourtant sans gravité, est un « beau cas », et le coma éthylique d'un SDF, une « daube »[285].

Dans les SAU, Le beau cas s'annonce dès l'admission, avec les « arrivées couchées », en particulier celles amenées par les pompiers, en civière : quand une telle situation d'urgence prioritaire se présente aux SAU, la mise entre parenthèse professionnelle des affaires courantes – des patients en cours de traitement – pour s'occuper séance tenante du nouveau cas rejoint la notion de « montée au créneau » développée par I. Joseph.

> « Monter au créneau, pour les autonomes de l'autorité, c'est court-circuiter cette phase de définition, la reporter "après la bataille" précisément parce qu'avec le temps qui est supposé manquer, ce qui est mis entre parenthèses ce sont les chaînes de la coopération ordinaire, l'agencement des fenêtres cognitives qui administrent l'urgence[286] ».

« Monter au créneau », c'est, aux urgences, interrompre tous ses engagements et remettre à plus tard dossier, questionnaire, entretien et ordre préalable des dossiers à traiter le temps de repérer dans l'instant l'étendu des dégâts et mettre en œuvre immédiatement les mesures médicales d'urgence. Cette urgence dans l'urgence fait de la situation un « beau cas », l'équivalent d'un bon appel pour les pompiers : le professionnel est utile selon ses propres critères médicaux et il se lance dans une activité rythmée stimulante.

Enfin ce sont des situations qui font spectacle, entrainent des coordinations et matérialisent équipes auto-constituées pour la circonstance, qui seront autant d'occasions de

---

285 Sur cette valorisation d'un engagement *actif*, entre plaisir moteur et confirmation du mandat, au sens de E. C. Hughes : A. Bidet, "Qu'est-ce que le vrai boulot? Le cas d'un groupe de techniciens", *Sociétés contemporaines*, n°78, 2010.

286 I. Joseph, « Le temps partagé. Le travail du machiniste-receveur », *L'athlète moral et l'enquêteur modeste (recueil de textes),*. Paris, Economica, "Etudes Sociologiques", 2007.

revenir sur la situation dans les discussions, d'en faire le commentaire, de rompre collectivement la routine en participant et en rappelant ces « faits marquants ».

6.5.2. L'urgence sociale, les cassoc' et les daubes

« L'urgence sociale » désigne de nombreux cas qui correspondent tous dans la terminologie des métiers de l'urgence observés à des situations médicales ou matérielles associées à un contexte de précarité ou de détresse sociale, psychologique ou économique. Ou les trois…

Il s'agit, pour les stationnaires, de personnes trop démunies pour s'offrir les services payants (de santé, de dépannage et d'expertise), qui appellent ainsi un service gratuit et, le plus souvent, sans retombées sociales ni judiciaires. On trouve aussi dans cette catégorie les cas, très éloignés, des voitures et des poubelles qui brûlent en banlieues, ou encore des personnes échouées sur le bord d'un trottoir, ou les voisins signalant un passage à tabac. Ils peuvent désigner ainsi un état « déviant » (discours incohérent), agressif (insultes), problématique sur le plan de la communication (un étranger, un bègue, un accent prononcé…), une personne dans une situation sociale précaire (parlant normalement, pour un problème pompier, mais vivant dans un squat du 93 ; une mère appelant pour son bébé, mais vivant dans un foyer d'accueil d'urgence, un malaise, mais au SAMU social, etc.).

D. Boullier parlant également « d'urgence sociale », souligne en 2000 l'importance et la nouveauté du phénomène[287].

Dans la terminologie des stationnaires, les « daubes » sont des appels qui nécessitent un envoi ne satisfaisant personne : ni les stationnaires ni les pompiers intervenants. Entrent, au

287 « Les pompiers doivent faire face à de nouvelles formes d'urgences liées à ce qu'on appelle dans nos journaux 'la fracture sociale', source à une forme d'urgence que l'on pourrait appeler sociale ». D. Boullier et S. Chevrier, *Les sapeurs-pompiers… op. cit.*

premier chef, dans cette catégorie toutes les interventions pour cassoc' ou dans les zones « à risques ». Quelques expériences traumatisantes et stigmatisantes font dire à certains stationnaires qu'ils sont les « bons à tout faire », les pompiers des « cassoc» qui partent souvent pour « des daubes » ou « au casse pipe ».

Les « daubes » comprennent aussi toutes les interventions ennuyeuses, sans intérêt : un chat perché est une « daube », encore aggravée s'il est quatre heures du matin parce qu'elle nécessitera de réveiller et de faire partir des pompiers de garde, c'est-à-dire libres mais dans la caserne (les pompiers mobilisables utilisent en général leur temps de relève à dormir). Si les « daubes » ne sont pas valorisées, c'est du double point de vue de l'activité qu'elles engagent et de la mission.

Une partie des « daubes » est le fait d'une sollicitation directe de la part d'autres services, en particulier la police. Elles ont alors force d'obligation et peuvent engager la délégation d'un « sale boulot[288] ». Ainsi, la prise en charge sur requête de la police des personnes qui « gisent sur la voie publique » [289] :

Appel n° 38
S : Les pompiers
H : Oui bonsoir c'est pour signaler qu'il y a un sdf qui est tombé de son banc ; il devait être allongé dessus sûrement et apparemment il a l'arcade bien ouverte et il sait plus trop où il est donc je pense qu'il a bu de l'alcool quand même : y a sa bouteille à côté
S : Quelle adresse ?
H : Euh 12 rue des chantiers, j'appelle d'une cabine là, ben la cabine qui est juste à côté je suis gendarme à la garde républicaine
S (En aparté) Il aurait mieux fait de rester couché, le gendarme
H : Caserne Klederman
S : Vous nous, vous nous attendez à côté on arrive
H : D'accord, très bien
S: Au revoir

288 Selon la célèbre expression d'E. C. Hughes *in Le Regard sociologique*, Essais choisis, Paris, Ed. de l'EHESS, 1996.

289 Les requêtes de la police concernent toutefois aussi des événements qui touchent le vaste secteur d'intervention de la BSPP et qui représentent le cœur de métier des pompiers : grands carambolages, accidents routiers et automobiles, explosions, et surtout l'ensemble des gros accidents.

6.5.3. Cassoc et relâchement : le samedi soir

Catégorie proche mais distincte des daubes, les cassoc', c'est-à-dire « cas sociaux » désignent les personnes relevant de la très vaste catégorie de « l'urgence sociale », vivant dans des conditions précaires, alcoolisées, toxicomanes, délirantes, etc.

L'appel suivant montre un cassoc' (prononcer [kasos]) typiques qui aboutit à un refus d'intervenir.

Appel n° 29
S: Pompiers.
H: Allô, euh caserne des sapeurs-pompiers du dix huitième ?
S: Oui.
H: Du dix huitième arrondissement, Monsieur bonsoir excusez-moi de vous avoir euh dérangé, je vous appelais euh donc parce que j'habite au 3 passage Artaud.
S: Oui.
H: Et euh j'ai… il y a quelque chose de très très bizarre qui se passe dans mon appartement j'ai des sensations très étranges et euh donc c'est le passé on dirait quelque chose de vraiment très très… ça me donne des vertiges, j'ai un ongle un bout d'ongle incarné qui est vert, donc on dirait que la chair pourrit, donc c'est vraiment très bizarre.
S: Ouais mais bon ça vous est pas venu du jour au lendemain votre truc ?
H: Comment ?
S: c'est pas du jour au lendemain que vous l'avez eu votre truc ?
H: Ah non ça vient de se passer en rentrant.
S: Vous allez pas, enfin vous vous ferez demain ausculter par un médecin, hein euh, on va pas faire déplacer les pompiers pour ça.
H: …
S: Vous consultez demain un médecin si vous avez un problème au pied. C'est au pied ou à la main ?
H: Non non mais c'est pas pour ça surtout que je vous appelais c'était un des symptômes du fait de ce qui s'est de ce qui se passe dans mon appartement.
S: Ben qu'est ce qui se passe dans votre appartement ?
H: Seigneur mon dieu je te prie vraiment d'enlever tout ce nucléaire qu'il y a dans mon appartement, mon seigneur et mon dieu, DANS LE NOM DU SEIGNEUR JESUS CHRIST JE TE PRIE DE FAIRE QUE CES POMPIERS VEUILLENT BIEN VENIR ENLEVER LE NUCLEAIRE qu'il y a dans mon appartement seigneur mon dieu dans le nom du nucléaire, enlève ce nucléaire mon seigneur et mon dieu…
S: Voilà, maintenant on va aller se coucher hein, on va aller se reposer un peu puis demain il fera jour, hein, d'accord ? Et puis demain vous consultez pour votre doigt, au revoir.
H: Mon seigneur et mon dieu...
[Le pompier raccroche]

La particularité des pompiers est d'associer les cassoc' au samedi soir, moment où le nombre d'appels de cassoc' augmente et fournit l'occasion d'une sorte de catharsis collective. Les stationnaires se permettent alors en effet une grande liberté de ton. Cela coïncide avec un moment conventionnellement dévolu à la relâche et au loisir, mais aussi avec les seules périodes où ils ne sont pas sous le regard d'un supérieur. Le capitaine et les autres supérieurs hiérarchiques étant en effet de repos, soit à la caserne lors de rares gardes, soit chez eux, les stationnaires sont sous la seule surveillance d'un des leurs, chef d'équipe, de 19 heures le samedi au lendemain à 8 heures. Voyons si ces moments éclairent la tiercéité des professionnels à l'égard du public.

Non seulement ce moment correspond au traitement d'appels plus étranges que le reste du temps mais il est attendu et l'on s'y prépare. Le samedi soit forme une parenthèse dans l'activité :

> « Ça va être la fête ! » ; « c'est la soirée des cassoc' ! » ; « Tu vas voir, ça va pas être triste ! » ; « c'est la nuit de la misère ! », etc.

Ainsi, dans la parenthèse que représente le samedi soir, et les appels et le comportement des stationnaires diffèrent des autres moments de la semaine. Les pompiers se fabriquent un comportement type, « l'esprit du samedi » où : « les fêlés sont tous de sortie, et le samedi, ils boivent, ils sortent et après, nous, on les a ».

Le samedi soir, les stationnaires sont en décalage par rapport à l'activité professionnelle du reste de la ville. Ils en sont très conscients, et ils considèrent ce moment de travail comme privilégié.

Certains stationnaires ont explicitement et de façon usuelle[290] en l'absence du capitaine un discours provocateur et classificateur sur les appels : fondé sur les accents, l'âge des appelants et le département ou la municipalité impliqués, ce discours est repris en salle par les

---

[290] C'est-à-dire indépendamment de ma présence, qui a pu par ailleurs entrainer parfois des postures provocatrices.

autres stationnaires. Si l'accent peut entrainer un traitement de l'appel différencié, le samedi soir, d'autres catégories d'appel s'y exposent aussi. Les appels « des fous », comme l'appel récurrent d'une femme qui voulait « parler à des pompiers », peuvent si l'humeur collective s'y prête devenir un divertissement entretenu par les stationnaires. Les appels refusés peuvent donner lieu à ce que les pompiers appellent des « raccrochages de gueule » (« parce que ça fait du bien »). Surtout, on peut partager (écoute sur haut-parleur) les appels farfelus.

Ces moments donnent à voir et renforcent une identité de corps et de groupe qui se construit et se conçoit *en opposition avec le public*, celui des cassoc', à l'évidence, mais plus généralement, le groupe des requérants, d'une façon similaire à celle des musiciens de jazz de Becker[291], qui jouent pour « les caves » contre lesquels ils construisent leur identité culturelle au sein du *band*.

Dans les SAU, en tout cas dans les urgences pédiatriques, les médecins ne paraissent pas construire leur identité professionnelle en opposition à leur public de *patient* (éventuellement, en opposition aux abus des parents, voire des collègues en médecine spécialisée mais c'est une autre question). La différence est importante et l'on n'a pas de scènes où le patient est directement malmené, comme par exemple dans le cas du requérant chinois inquiété par un chien de l'appel n° 38.

6.5.4. Grandeur et misère de la prise en charge des daubes et des cassoc'

Les stationnaires considèrent qu'ils reçoivent trop « d'appels sociaux », et qu'il est fait pression sur eux pour les prendre en charge, indûment. Interrogé sur l'opinion qu'il a de son travail, un stationnaire répond :

> « Nous on fait du social, c'est la misère du monde qui nous appelle, c'est parce que c'est gratuit alors tout leur est dû, on est vraiment des larbins, des hommes à tout faire,

291 H. S. Becker, Outsiders, op. cit.

c’est pas les pompiers qu’ils appellent, c’est le SAMU gratuit, l’ambulance gratuite le serrurier gratuit le médecin gratuit, et puis si tu refuses alors faut voir ce qu’ils nous disent, qu’on fait pas notre boulot, qu’on est payé pour venir, qu’on est des bons à rien » « on est des camions verts » (camions à bennes Propreté de Paris).

De facto ils envoient néanmoins souvent les camions pour des interventions qui concerneraient un service payant, sachant que la personne ne peut pas payer ou que les services ne l’aideront pas, ou pas tout de suite.

Agacés par les appelants mais arbitrant souvent en faveur des plus démunis, appelants que précisément ils vilipendaient (cas des SDF, des squats, des mères seules en foyer d’hébergement, des overdoses dans le 93...), les stationnaires ne font pas ce qu’ils voudraient, et font ce qu’ils ne veulent pas faire.

Ce qui est notable, c’est que pour eux, cette partie du travail ne devrait pas leur incomber, discours qu’on retrouve mot pour mot chez certains urgentistes.

Bien que pompiers et urgences partagent ce rapport au public ils se placent volontiers dans une concurrence éthique, se critiquant l’un l’autre quant à la manière de prendre leur part de « misère sociale ». Les pompiers, surtout, ont à l’égard des autres services de secours un discours très critique et même, acerbe.

Plusieurs stationnaires au fil des entretiens se sont pris à dénoncer à peu près tous les autres services :

Les médecins qui ne se déplacent pas pour les personnes démunies (« eux, leur serment d’Hippocrate, ils se sont assis dessus il y a longtemps »)
Le SAMU surchargé « qui met deux heures à venir » ou qui leur transfère des appels difficiles (« ils nous envoient toutes leurs merdes, ils font pas leur boulot eux : il y a ceux qu’ils veulent bien prendre et puis les autres tant pis pour eux »).
La police (« eux, c’est pas compliqué, ils savent qu’on est obligé de prendre leur demande alors les SDF, tout ça, ils sont juste à côté mais non, c’est nous qui devons y aller, en plus ils ne savent pas traiter un appel c’est « voilà y a une personne blessé au Trocadéro », et démerde toi ! On sait pas ce qu’elle a, où, au Trocadéro, si c’est un jeune, un vieux, rien, et il faut y aller quand même »),
Les ambulances privée (« alors eux c’est, excusez-moi l’expression, des pourritures, si tu peux pas payer, tu crèves ! ils viendront jamais »).

Ces pompiers tiennent deux discours qui s'emboîtent : l'un, très sévère, désabusé, aigri, à l'égard des appelants et des « daubes », et l'autre où ils se présentent eux-mêmes comme un dernier recours, qui ne faiblit pas, sur lequel on peut toujours compter, même quand tous les autres ont abandonné. Ils se mettent donc en scène comme le dernier service public conscient de sa mission. Ils estiment en outre être les plus efficaces en coordination et rapidité d'intervention et mettent enfin en avant les valeurs d'un *service public de secours*, égalitaire sans discrimination, répondant aux besoins des plus précaires comme des autres.

De leur point de vue, ils s'occuperont de problèmes dont ils se seraient bien passés parce que d'autres services sont démissionnaires.

L'un des stationnaire nous explique ainsi que dans la mesure où leurs actes parlent pour leur sens du service public, tout le reste (les mots, le ton, la politesse), sont considérés comme des éléments extrêmement mineurs, dont on peut même jouer lorsqu'on a besoin d'un exutoire (le cas des « raccrochages de gueule »). Ils se sentent, remplir non seulement leurs missions, de plus en plus sociales, mais aussi celles des autres services.

Nous avons vu que de leur côté, les SAU se ressentent comme réceptacle de publics qui leur arrivent de l'ensemble des autres services, lesquels, notamment les pompiers, auraient vite fait de se débarrasser de leurs clients, notamment les plus difficiles (personnes alcoolisées, sans abris, sous psychotropes, susceptible en somme de vomir, de saigner ou de se battre…) aux portes des urgences, qu'il s'agisse d'une urgence ou non, participant ainsi à leur engorgement.

Chaque service d'urgences adresse ainsi aux autres un certain nombre de reproches communs: « refiler leurs daubes », « être mal organisés », « agir par intérêt » et non selon l'éthique.

Au-delà de l'opposition entre « bons » et « mauvais » appels, on observe finalement des formes de normativité bien plus subtiles.

Les « beaux cas » n'ont rien à voir avec l'origine sociale ni avec les conditions de vie perceptibles des bénéficiaires – et un cassoc' peut être un « beau cas ». On peut trouver qu'un donneur d'alerte a « bien fait d'appeler », tout en estimant qu'on s'en serait bien passé. On peut tenir des cas pour « justifiés » à 15 heures, mais plus à 2 heures du matin. Et si les pompiers sont virulents quand ils parlent de leurs cassoc', ils le sont plus encore lorsqu'ils défendent le droit des cassoc' à être secourus, dénonçant la défection des autres services d'urgence vis-à-vis des plus vulnérables, pour lesquels ils deviennent alors le dernier recours.

De même, on trouve parmi les infirmiers des urgences comme parmi les internes (plus en médecine qu'en chirurgie cependant), une thématisation du travail aux urgences comme opportunité de « faire du social ». Si la catégorisation en cassoc' vise ici aussi une partie du public (« ce sont des cas sociaux/des cassoc ».), une partie des professionnels se félicite bien de pouvoir les « aider », en portant ainsi les valeurs de la médecine jusqu'à ceux qui n'en profitent pas, ou moins. Et la posture rencontre, bel et bien, une demande :

> « Ici, on fait quand même beaucoup de social » ; « c'est des gens… c'est pas comme à [SAU2] ».

Force est de constater que l'argumentaire est bien partagé par les trois services étudiés, chacun considérant faire plus que sa part de « social », à cause d'autres services défaillants ou sans éthique.

Par ailleurs les urgences sont confrontées à une autre tension, interne, liée à leur public mais aussi à leur relation aux autres professions médicales.

Avant que les urgences ne se professionnalisent et que les médecins des urgences ne prennent, bon gré mal gré, le nom d'« urgentistes », ils avaient déjà souvent l'impression de soigner de « faux malades », qui « abusaient du système », auxquels ils étaient assimilés par le

reste de l'hôpital. Selon eux, leurs confrères spécialistes estiment qu'ils prodiguent de « mauvais soins » à de « mauvais patients » au sein d'un lieu dépotoir, d'une « poubelle ».

Sentiment de déclassement, « sale boulot » et stigmatisation se conjuguent ainsi aux urgences, pour une activité qui par ailleurs peine et tarde à se professionnaliser d'une manière valorisante pour les praticiens. Même les séries télévisées à succès qui héroïsent la figure de l'urgentiste ne suffisent pas à créer des vocations en fin de cursus médical.

Si le sentiment des pompiers d'être les « camions verts » rencontre celui des urgentistes d'être à la fois surexploités et déclassés au sein même de l'hôpital, les pompiers bénéficient, quant à eux, d'une reconnaissance importante de la part de la population, même s'ils se plaignent, et ont leurs propres griefs (morts au feu, pas de prise en considération des risques physiques encourus et, désormais, agressions et caillassage), différents des urgentistes.

Les urgentistes, eux, se sentent déconsidérés. Même dans leur dénomination, les professionnels des urgences jouent leur statut, et urgentiste ne fait pas consensus : « On n'est *pas* urgentiste, on est médecin ou chirurgien travaillant dans un service d'urgence », dit le chef de service du SAU1. Le fait de se réclamer de la médecine ou de la chirurgie, contre une catégorisation commune renvoyant au service et non à la spécialité, est significatif. La création en 2008 d'un diplôme universitaire d'urgentiste représente à cet égard une avancée sur la voie de la reconnaissance d'une spécialité distincte de la médecine générale, mais qui entérine aussi une distinction que certains jugent stigmatisante[292].

On peut se demander si ce rapport équivoque et ambiguë entre services d'urgences, inévitablement partenaires mais en même temps toujours suspecté de ne pas faire sa part,

---

[292] Sur l'évolution du statut des métiers de l'urgence hospitalière voir la thèse de F. Danet, *La quête de professionnalisation de la médecine d'urgence,* 9/11/2006, université paris VII et « La médecine d'urgence : de la transgression à la pérennisation de la segmentation hospitalière en spécialités », *Pratiques Psychologiques,* Volume 14, Issue 1, March 2008, Pages 27-39.

doublé d'un rapport non moins équivoque à « l'urgence sociale » ne caractérise pas également une tiercéité des secours comme épreuve éthique et sociale, loin des images d'Epinal d'une activité gratifiante et reconnue. C'est alors une relation de service très particulière qui émerge, au-delà des civilités ordinaires ou d'un rapport plus ou moins heureux à l'usager-client-patient de la littérature sur la relation de service.

CONCLUSION

Dans cette partie, nous avons déplié la figure du professionnel à travers nos trois terrains. Attentif à jouer de sa tiercéité de différentes manières, poursuivant des objectifs différents de ceux des requérants et patients qu'il secourt, il se *démarque* fortement du public qu'il doit secourir. Cette démarcation se révèle pourtant poreuse, vulnérable, incertaine et à géométrie variable. Le public tente de composer avec elle pour être traité au mieux, sinon mieux traité, le professionnel doit parfois en jouer, la défendre ou s'en départir, selon les situations, souvent originales, et les moments.

Nous avons vu que cette tiercéité initiale et relativement peu définie dont nous nous sommes servis au départ comme d'une heuristique pour questionner la nature de la relation de secours portée par les professionnels s'est précisée. Neutralité, impartialité, distance, froideur, indifférence, professionnalisme, tact, défiance, compose les facettes que les professionnels construisent et mettent en avant diversement, en fonction, à nouveau, des situations et des publics. Sur ces caractéristiques se construit l'image d'une forme de tiercéité comme rapport complexe et mouvant, disputé, mis en cause et animé de tensions internes. Ainsi le professionnel est-il, lui-même et par le jeu et les stratégies des requérants tendu entre froideur et chaleur, indifférence et compassion, neutralité et jugement, impassibilité et émotion, distance et rapprochement, se déplaçant (et déplacé, au cours de l'interaction) entre ces différents pôles. Néanmoins, il nous parait ressortir de l'ensemble de ces analyses que

secourir en professionnel, c'est nécessairement *se poser en tiers*, quitte à jouer dans une certaine mesure des différentes caractéristiques de cette tiercéité, qui est bien plus qu'une forme d'extériorité secourante.

Autre dimension de la tiercéité mise en avant dans cette partie, son caractère abscons pour le public. Les tâches, la technicité, le tempo et les préoccupations d'arrière-plan du professionnel des secours ne sont pas partagés par le requérant. A l'arrière-plan et en soutien de cet échange, une activité impliquant multimodalité des équipements et des machines, acuité des sens, savoirs et compétences techniques le transforment en données et en actions sans que le requérant en ait conscience. Lors de l'appel au 18, ce qui a l'apparence d'une conversation correspond en fait pour le professionnel à un travail sur la matière verbale qui en change la nature. Contrairement à l'équipe improvisée que formeraient deux amis devant s'entraider, l'échange entre professionnel et public ne repose pas sur une réciprocité des perspectives, mais plutôt sur un rapprochement relatif suffisant pour permettre l'intervention ou la prise en charge.

Nous verrons que cette caractéristique forte est malgré tout à nuancer dans le cadre, de la coopération entre professionnels et parents, dans la seconde Partie. L'organisation en séquences, en série ou en parallèle de l'activité des professionnels et l'entrelacement d'une pluralité de cours d'action en même temps, aux urgences en particulier, jouent un rôle déterminant dans cet écart des perspectives du public et des professionnels sur un même épisode et sur un même patient. Cette organisation de l'activité des professionnels laisse de ce fait une place particulière et que nous tâcherons de préciser aux tiers non-professionnels qui entourent le patient.

Suivre le traitement des appels au « 18 », en particulier, nous a permis d'analyser le travail de cadrage de l'échange auquel se livre le stationnaire. Le travail de cadrage que réalise le stationnaire, s'agissant des appels au 18, souligne la non familiarité du requérant

avec les procédures du centre d'appel, bien qu'il sache pourquoi il appelle (signaler un problème pour lequel les pompiers sont indiqués), et quoi dire en un premier temps (ce qui se passe et où). Ce cadrage tente de fixer également la « bonne distance » et les attributs perceptibles du « professionnalisme » du stationnaire, qui sélectionne ce qu'il veut bien savoir, tente de contenir l'irruption du *pathos* dans l'échange, doit circuler dans des territoires réels et symboliques intimes où il peut pénétrer ou ignorer ostensiblement, etc.

L'emploi d'un style impersonnel et minimaliste, marque constamment la différence de statut, de rôle, de position et de capacité entre lui et l'appelant et impose dans l'interaction un certain formalisme cadrant l'échange.

La tiercéité intrinsèque – et pourrait-on dire, morale – où se placent les intervenants du secours s'exprime parfois dans leur positionnement paradoxal, qui peut paraitre contradictoire. Un « eux contre nous » qui englobe le public, les autorités et même les autres services de secours, coexiste – dans le même service et parfois chez les mêmes personnes – avec une identité de rempart des plus faibles, et une justification humanitaire qui complique les modèles de la stigmatisation professionnelle. Le tiers comme victime et rempart, à côté d'autres figures de tiers (le porte-parole, le médiateur, le juge, le larron ou le despote[293]), renvoie clairement à la figure du défenseur, non seulement du malade, mais encore du faible, observée dans les trois services étudiés. L'activité des services d'urgence est ainsi une activité tendue par, au travers de, et *malgré* l'interaction avec un public à la fois problématique et que l'on a à cœur de prendre en charge.

Premier maillon professionnel de la prise en charge médicale, l'infirmier d'accueil des SAU, représente, en tant qu'intermédiaire entre ce public et le service proprement dite, un *gate keeper* paradoxal et dérangeant. Il s'interpose entre le public et ce que celui-ci considère

293 Nous associons ici des figures parmi celles décrites par P. Charaudeau, E. Goffman et G. Simmel.

souvent comme « son service public » selon la logique qui veut qu'étant citoyen, il « y a droit » et incarne ainsi à la fois la première étape et la première épreuve d'accessibilité au secours d'urgence. Assumer cette positon place la justification de des classements en urgence simple ou prioritaire sur le plan de l'éthique. Une facette du rapport du professionnel au public est celle du « juge impartial » de Simmel, seule légitime face à la responsabilité du tri, nécessaire au fonctionnement même des services. C'est alors d'une tiercéité morale et politique, au dessus des intérêts et des situations particulières qu'est revêtue la fonction du professionnel et par extension des services publics de secours.

Sur le plan organisationnel, premier maillon de la chaine des secours, le stationnaire, qui décide de mobiliser ou non des équipages, et l'infirmier d'accueil, qui décide de l'ordre de priorité du dossier, fait office de filtre indispensable au service pour éviter un engorgement et de *dispatcheur* détenant le pouvoir de mobiliser les acteurs de l'intervention proprement dite. Sur le plan interactionnel, pour le public il est le Gardien de la Porte.

Confrontation au public et intervention pour le public rappellent que les patients, (ne) sont (que) du travail. A travers le rapport au public, se joue ainsi une part essentielle du sens de l'action et de la valeur de l'activité. La relation au public est d'autre part une *performance* visant des *objectifs* dans le cadre de *l'activité* de travail. Et enfin, le public constitue la finalité, la contrainte et la pénibilité du travail de secours, ce qui, comme pour les autres métiers du public, mais d'une façon particulière, crée une ambivalence au cœur même de la relation ou, pour notre échelle d'analyse, dans l'interaction.

L'entrelacement entre tiercéité et professionnalité ne fait toutefois pas du professionnel la seule figure du tiers dans les services d'urgence. Ce dispatcheur, tiers parmi les tiers, traite en effet lui-même avec *d'autres tiers*. En effet, toute une partie de ce que l'on appelle la « prise en charge » engage un faisceau de coopérations entre professionnels et non-

professionnels. Le secours passe non seulement par l'intervention de tiers, mais aussi par leur coordination, presque indépendamment du patient. Essentielles à l'aboutissement du secours, ces coopérations, qui sont parfois plutôt des coordinations, des articulations, ou de simples croisements, reposent en effet sur deux autres tiers : donneurs d'alerte et accompagnants. Les premiers s'incarnent, par excellence, dans la figure du passant appelant les pompiers, les seconds, dans celle du parent amenant son enfant aux urgences.

Nous allons donc passer, dans la partie suivante, du professionnel comme tiers, à des *tiers* non-professionnels dont le rôle est néanmoins essentiel à la prise en charge. En d'autres termes, nous allons aborder la *rencontre entre tiers* autour du patient.

Deux personnages se détachent derrière le duo traditionnellement retenu du professionnel et du patient : le donneur d'alerte appelant le 18, à travers la figure du passant, et l'accompagnant du patient dans les services d'urgences pédiatriques à travers celle du parent.

II. LE PASSANT ET LE PARENT

INTRODUCTION

Qu’est-ce que la tiercéité ? Entre étrangéité, distance, *professionnalisme*, écart, *médiation*, indifférence, solidarité, elle renvoie toujours à l’idée d’extériorité, mais elle s’avère aussi particulièrement équivoque. Nous pensons qu’il est possible et utile de faire de cette polysémie une force heuristique pour cerner ce qui fait intervenir une action extérieure, en la personne du tiers, dans un type de situation où cette intervention est cruciale, le secours d’urgence.

L’intervention de non-professionnels au cœur du processus de secours

Le professionnel, nous l’avons vu, est un tiers pour le patient, et cette tiercéité éclaire la nature de l’interaction de secours. Or, de façon quasi symétrique, des non-professionnels, tiers pour le professionnel, et parfois aussi pour le patient, contribuent également à la prise en charge, d’une façon plus ou moins active. Il ne s’agit plus là de l’extériorité impersonnelle et compétente du professionnel, mais de la participation de non-professionnels – dont le rapport de tiercéité au patient et au professionnel varie, de même que le degré d’engagement dans la situation. Discrète ou tonitruante, attendue ou contingente, nécessaire, et pourtant profane, cette participation reste mal cernée. Quels en sont les éléments et la dimension ? Qui sont ces tiers et quelle place prennent-ils dans la prise en charge ? Finalement, que font-ils ?

Dans la partie précédente, nous avons commencé à introduire ces tiers non-professionnels à travers les situations de trilogue : le parent, aux urgences, et le passant, dans la rue, sont les deux pôles de l’intervention d’urgence non-professionnelle. Le parent et le

passant, l'accompagnant et le donneur d'alerte, dessinent un objet social relativement négligé de la relation de secours et d'urgence, à savoir *la participation publique* – dont on verra qu'elle peut être tout à fait publique (le passant) ou tout à fait privée (le parent).

Jusqu'à présent, nous n'avons introduit ces figures qu'à la marge, sous l'angle de l'activité du professionnel et de ce que leur présence entraine au niveau de sa pratique. Dans cette deuxième grande partie, qui leur est consacrée, l'angle est bien plutôt celui de leur place dans la « situation de secours ». Nous nous plaçons à l'articulation entre ces tiers non-professionnels et le moment de l'alerte et du tout premier contact avec les services de secours (appel au 18 et présentation à l'accueil des services d'urgences pédiatriques).

De même, nous parlons à présent d'un « agir », plus que d'une participation, pour tenir compte d'actes indépendants des besoins, des activités ou des demandes des professionnels : l'agir des tiers n'est pas qu'une question de coproduction, de coopération ou de participation, et la dimension collective ne signifie pas nécessairement qu'il y ait coordination. En effet, comme on le verra, l'approche de la situation de secours à laquelle nous tendons conduit à se rapprocher de réflexions élargies sur les enchainements et les logiques en dominos, ou en nœuds (*knotworking*, cf. Y. Engeström[294]). Ces tiers non-professionnels interviennent bien à deux niveaux : à la fois en réponse à une sollicitation des professionnels qui les intègrent à leur pratique, mais aussi indépendamment d'eux, tout en restant dans un cadre de secours, et de prise en charge (de *care*). Ainsi, il y a de la prise en charge et du *care* en dehors des professionnels, et en dehors même de ce qu'ils intègrent et délèguent de façon organisée.

Il suffit en outre, comme on l'a montré précédemment, d'ôter un de ces tiers pour voir combien il brille par son absence : combien il manque. Cette partie vise ainsi à éclairer un point aveugle dans la prise en charge, que la notion de situation permet d'englober.

[294] Y. Engeström « Quand le centre se dérobe », *Sociologie du travail*, vol. 50, n°3, 2008.

Dans un premier temps, nous entrerons dans l'analyse de l'intervention des tiers par le personnage du *donneur d'alerte*, et ses rapports avec le professionnel et le « bénéficiaire » au cours de l'interaction de secours. En nous centrant sur la figure du *passant* (par opposition à celle du *parent*, abordée plus loin) nous devrons alors interroger les places et les rôles de chacun dans l'interaction de secours. Cela conduira à réinterpréter la médiation inscrite dans les situations de secours triadique en l'envisageant, non seulement comme une fonction du donneur d'alerte, mais aussi des autres participants. La notion de *médiation* doit être alors élevée à un niveau qui, au-delà de la place de chacun dans le trio réel, renvoie à la notion même de secours et à la matière, sociale, dont il est constitué.

Par-delà la *performativité* du fait d'alerter, nous nous consacrerons dans un deuxième temps, non plus à ce qui se dit, mais à ce que le tiers accomplit *après l'alerte*, en nous penchant sur une autre figure, celle de *l'accompagnant* et, plus précisément, du *parent*. Nous verrons combien cette participation ou, plus largement, cet *agir*, dépend de la relation avec le patient, et comment les parents travaillent à tisser ce qui arrive à l'enfant dans une continuité biographique, biologique et relationnelle – qui fait d'eux à la fois des passeurs et des guides.

En comparant ainsi l'appel de secours et la présentation dans un service d'urgence, nous éclairerons les spécificités de l'appel d'urgence, par rapport à la possibilité de « voir par soi-même » et, ainsi, nous pourrons différencier le donneur d'alerte (1) de l'accompagnant (2), et l'appel d'urgence de l'accueil d'urgence, s'agissant de la transmission du récit ou du motif réclamant l'intervention des secours d'urgence. Cette distinction pose la question de la place particulière du patient (3), aux urgences : d'un « motif d'intervention » abstrait, dans l'appel téléphonique passé par un tiers, il devient, dans les services d'urgence, une personne physiquement co-présente et potentiellement agissante. Comment le trio professionnel-tiers-patient fonctionne-t-il alors ? Dans un troisième temps, nous pourrons ainsi aborder pleinement la place du patient dans ces trios.

Cette partie consacrée aux tiers non-professionnels va en somme décliner les places, l'agir et la participation au secours du donneur d'alerte et du passant, de l'accompagnant et du parent, et ainsi mieux cerner, à travers ces interventions tierces, la position même du patient. Il nous faudra alors poser la question de la nature structurelle ou contingente, et plus ou moins déterminante, de l'intervention tierce dans la situation de secours. Cela engage le périmètre même de cette situation : avec qui, quand et où se situe-t-elle, dès lors qu'on y intègre des tiers, qui sont pris dans divers « mondes » qui se rencontrent par leur présence ? La situation de secours n'est pas seulement affaire de service d'urgence, ni la prise en charge, affaire de professionnels.

Interconnaissance et degré d'engagement

Le tiers donneur d'alerte peut être, aux deux extrêmes de sa relation avec la victime, soit un « proche », soit un inconnu. Les figures du « parent » et du « passant » permettent de poser sur ces deux pôles des images éloquentes, même si, du côté des proches, se trouvent aussi des amis, des collègues, des professeurs, des cousins, et, du côté du passant, des automobilistes et des piétons, des agents de sécurité ou de police, des responsables de site, des pharmaciens pressés, etc.

Le donneur d'alerte est ce personnage indispensable à l'amorce d'une intervention des pompiers et des services mobiles de secours en général. Il est le plus souvent une personne distincte de la victime ou du patient[295]. Interviennent donc, directement, avec un enjeu très important dès le départ, des non-professionnels dont on peut se demander comment ils transmettent la demande de secours. On a vu, dans la première partie, comment les

[295] Pour rappel, 55% des appels passés au 18 le sont par des tiers.

professionnels tentent d'obtenir en un minimum de temps un minimum (et non un maximum) d'informations (quoi et où, principalement). Il est alors apparu que l'alerte, comme récit et donnée, relevait à la fois d'une performance individuelle du professionnel, et d'une co-production entre tiers et professionnel : une co-production guidée et orientée par le professionnel et ses outils ou, pour mieux dire, « cadrée ».

Qu'est-ce que les tiers, pour leur part, mettent en avant ? En particulier, comment se présentent-ils, eux, dans l'interaction ? Par ailleurs, comment sont-ils mobilisés autour du secours ? C'est-à-dire, comment se saisissent-ils eux-mêmes et, le cas échéant, comment les professionnels les amènent-ils à participer d'avantage ou autrement ? En somme, quel est le périmètre de leur impact sur la situation, et comment font-ils ce qu'ils font, entre coordination, guidage et libre initiative ? Enfin, dans quelle mesure le fait de connaitre la victime joue-t-il sur le degré de mobilisation, de participation et la nature du récit ?

Dans le cadre des appels au 18, par lesquels nous commencerons dans cette partie, le lien entre le donneur d'alerte et le patient détermine fortement la manière dont le premier entoure et collabore à la prise en charge et pour le moment qui nous intéresse ici, à l'alerte. Aux deux extrémités de l'échelle d'interconnaissance entre le donneur d'alerte et le bénéficiaire des secours, on a d'un côté le simple passant, qui remarque un besoin et avertit les secours et, de l'autre, le parent, qui craint pour la santé de son enfant et prévient lui aussi les services de secours.

Un autre facteur de mobilisation tient au fait d'avoir une responsabilité dans la structure où l'événement s'est déroulé, ainsi du gérant d'une entreprise où un employé fait un malaise : ils correspondraient à ce qu'on pourrait appeler des« hôtes ». S'ajoutent, ensuite, deux autres catégories d'appels : ceux passés par une autorité, mais on sort alors des appels passés par des

non-professionnels, et les collectifs autoconstitués autour d'un problème (voisinage réuni autour d'un chat perché, groupe enfermé dans un monte-charge…), qui forment un cas particulier avec ses caractéristiques propres.

Nous allons voir, dans les appels suivants, comment peut se dérouler l'appel passé à un pôle, par une mère, et à l'autre, par un automobiliste au sujet d'une inconnue, et ce que cela nous indique comme positionnement, engagement et, finalement, type de participation à la prise en charge.

Appel n°19 : Le nourrisson qui pleure
S : Pompiers bonjour
F : Oui allô, bonsoir monsieur, c'est pour un renseignement s'il vous plaît j'essaye de contacter le SAMU pour avoir un médecin mais, impossible d'avoir un médecin, parce que mon fils c'est un petit nourrisson de deux mois et demi donc ça fait presque une heure qu'il pleure il transpire beaucoup et il se calme pas quoi, j'ai pris sa température
S : Vous lui avez pris une température ?
F : Ouais
S : Combien ?
F : Trente six neuf
S : C'est quoi comme thermomètre ?
F : Euh thermomètre électrique
S : Bon d'accord, et ça marque trente… trente sept ?
F : Ouais
S : Trente six neuf trente sept ? Et il pleure, quel âge quel âge il a ?
F : Euh deux mois et demi, c'est un petit nourrisson, d'habitude il est très très calme il pleure pas mais là ça… ses pleurs, ça fait une heure que ça dure quoi, il transpire beaucoup
S : Vous l'avez découvert ?
F : Comment ?
S : Vous l'avez découvert ?
F : Non mais il a rien sur lui là il a un body et un petit pantalon court
S : Il a pas les joues rouges ?
F : Les yeux rouges ?
S : Les joues rouges !
F : Non, non. mais quand il pleurait il était tout rouge. Allô !
S : Oui !
F : Bon y pas longtemps qu'il était hospitalisé parce qu'il avait une grosse colique
S : Ouais
F : Une gastro et depuis, bon ça va beaucoup mieux mais là je sais pas, son état euh ça m'inquiète quoi. C'est un bébé très calme
S : Vous l'avez sorti un peu non ?
F : Comment ?!
S : Vous l'avez sorti ?
F : Euh oui il est sorti aujourd'hui
S : Dehors ?

F : Il est sorti ce matin, il est sorti pour une heure une heure et demie
S : C'était suite au réveil ?
F : Pardon
S : C'était suite à son réveil ?
[Inaudible]
S : Quoi ? J'ai pas compris
F : Une heure et demie je veux dire
S : Non mais le fait qu'il se mette à pleurer, c'était suite à son réveil ?
F : C'était suite au réveil, dès qu'il a fini son biberon, depuis cinq heures moins cinq, c'est comme ça que ça dure hein (on entend le bébé pleurer, derrière) son dernier biberon il était à cinq heures moins cinq, depuis cinq heures moins cinq ça dure
S : Vous habitez sur Paris ?
F : Comment ?
S : Vous logez sur Paris ?
F : Non je suis dans un hôtel en accueil d'urgence
S : C'est quoi l'adresse ?
F : …
S : Donnez-moi l'adresse.
F : C'est 153 avenue de Strasbourg
S : A Paris,
F : Hôtel Europe, c'est à Clichy
S : Clichy sous bois, Clichy sur Seine, Clichy la Garenne ?
F : Clichy euh… on est où ici…
S : Quel département
F : Euh Clichy la Garenne, 153 avenue de Strasbourg
S : Dans un hôtel ?
F : Oui dans un hôtel
S : Quelle chambre
F : Pardon !?
S : Quelle chambre
F : Quelle chambre ? Chambre 24
S : 24 ?
F : Oui deuxième étage
S : Pardon ?
F : …
S : Bon on va arriver hein
F : D'accord, je vous attends merci
Durée de l'appel : 2 minutes

Cet appel se déroule en début de soirée, en semaine. Il présente pour nous l'intérêt de concentrer des aspects typiques de l'alerte lancée par un tiers, et de sa réception par un professionnel de l'urgence. On y voit en effet comment une jeune mère mobilise les secours pour son enfant, en particulier ce qu'elle met en avant, et toute la dimension illocutoire de cet échange. On ressent la charge émotionnelle, palpable et polymorphe : inquiétude pour

l'enfant, peur de ne pas être secourue pour de simples pleurs, incompréhension face à ce qui arrive à son bébé et situation précaire.

Symétriquement, apparaît aussi déjà tout un pan de savoirs pratiques et ordinaires, qu'elle mobilise pour nourrir la compréhension du cas par le pompier, et étayer son sérieux : la qualité et la quantité d'informations contextuelles « en plus » qu'elle apporte en tant que tiers, adulte et mère du bébé-patient. Elle peut préciser le passé médical de l'enfant et mettre l'événement « gastroentérite » en rapport avec ses cris actuels ; elle connaît son âge, ce qu'il a fait précédemment. Surtout, elle connait ses habitudes et peut souligner le caractère inhabituel, donc inquiétant et potentiellement symptomatique de ses cris.

De l'autre côté du combiné, nous pourrions décortiquer à nouveau[296] l'art et la manière de recadrer, hiérarchiser et solliciter l'information utile : le stationnaire cherche à comprendre la situation, sa gravité ou, du moins, le risque pour l'enfant ; il explore et retourne en arrière, il tient compte de la connaissance intime des variations de l'état du bébé par la mère et, finalement, décide l'envoi des pompiers. Les questions qu'il pose, contextualisées, sortent néanmoins légèrement d'une routine d'envoi afin d'évaluer plus précisément la situation médicale. Lorsqu'il s'agit de nourrissons, les pompiers, comme d'ailleurs les médecins des urgences, ne prennent pas de risque face à ce qui peut rapidement s'aggraver mais s'avère généralement bénin. D'une façon générale, pour un enfant de moins de six mois, avec fièvre, atonie, cris et pleurs, les stationnaires « envoient ».

Les multiples ratés et les demandes de répétition (5, 14, 18, 20, 26 32, 34, 37, 40, 44, 49, 50, 56, 59, et 61), signalent l'importance de la qualité du canal de communication, des termes et de la langue utilisés, bref de la qualité formelle de la communication critique qui s'engage, et l'importance des divers moyens de rattraper ces ratages et ces hésitations. Tout un travail de confirmation est réalisé, avec de part et d'autre ses enjeux propres : d'un côté,

[296] Voir première partie, sur le professionnel.

celui de faire passer le message le plus convaincant et les informations les plus utiles possibles afin de maximiser les chances de faire secourir son enfant, de l'autre, celui de préciser les éléments permettant un bon envoi, au bon endroit, avec le bon équipement.

Ce type d'appel dramatique, dans tous les sens du terme – à la fois intensément *investi* par l'appelante, emprunt de gravité sinon d'angoisse, et porteur d'une *histoire* que l'on devine dans ce bref échange, qui charrie tout un contexte familial, social, mais aussi l'intimité d'une relation entre mère et nourrisson – forme ainsi l'un des deux pôles d'engagement que nous avons repérés parmi les appels reçus au 18.

L'autre pôle, aussi impersonnel que le premier est intime, et parfois aussi peu concerné que le premier est pris dans la situation, est représenté par l'extrait suivant, dans lequel un *quidam*, témoin d'une situation à laquelle il est étranger, mais qui lui paraît exiger un secours, offre une figure élémentaire de la solidarité et de l'alerte citoyenne entre inconnus.

Appel n°7 : Automobiliste et personne tombée

S : Pompiers bonjour
H : Et ouais bonjour j'appelle pour euh y a une personne qui s'est euh évanouie là, qui est par terre là
S : Où ça ?
H : C'est à Nanterre
S : Nanterre ?
H : Rue de Strasbourg oui
S : Il y a un numéro dans la rue de Strasbourg ?
H : Euh euh…vous verrez c'est à côté de la boulangerie, j'ai pas le numéro en fait
S : Ben regardez autour de vous, il me le faut
H : Oh là, là, je sais pas, je suis en voiture moi je passais en voiture je vous ai appelé
S : Ah bon, votre numéro de téléphone c'est quoi ?
H : C'est un portable
S : Oui mais c'est quoi le numéro de téléphone ?
H : Euh le numéro c'est 0645123789
S : C'est bien celui là, oui
H : C'est bon ?
S : C'est bon oui
H : Je peux avoir…merci au revoir ?
S : Au revoir oui

Durée de l'appel : 37 secondes

L'automobiliste ici saisit d'un coup d'œil une scène qui l'alarme, et il se tourne immédiatement vers le service susceptible de s'en occuper. Pas de pause, d'accompagnement, ni de rupture de rythme dans cette alerte-là, mais un signalement, économe et peu performant : l'appelant ne sait pas exactement où la scène se déroule, et ne peut se rattraper, étant déjà loin.

Les indications de contexte qu'il donne sont pour ainsi dire indexicales, déictiques, elles ne permettent pas au stationnaire d'identifier une adresse, mais seulement de reconnaître vaguement les abords de l'endroit, une fois sur les lieux – car combien de boulangeries sur le boulevard de Strasbourg ? Il parvient pourtant à faire partir les secours, en moins d'une minute.

Dans ce deuxième appel on voit à quel point le passant peut être détaché de toute implication dans la prise en charge, au-delà du passage de relai qu'il assume en appelant les secours. Face à ce type d'engagement minimal, les pompiers peuvent être amenés à tenter d'augmenter la part prise par le passant dans la prise en charge, à augmenter l'aide qu'il peut apporter, comme dans l'appel de la pharmacie déjà étudié[297].

Cette comparaison nous permet de montrer d'emblée l'écart entre ces deux donneurs d'alerte, du plus grand détachement (l'automobiliste en est presque la caricature : à mesure qu'il explique aux pompiers ce qui justifie son appel, il s'éloigne physiquement de la victime potentielle) au plus grand *concernement*[298]. Nous entendons, dans cette seconde partie, prendre pleinement en compte à la fois ce qui les rassemble, en tant que donneurs d'alerte

---

[297] Voir partie I sur les coalitions et annexe : appel n°20.

[298] Selon le mot, par exemple, de S. Laugier : « Ce que nous avons voulu rappeler, c'est que le *care*, c'est aussi s'occuper d'autrui, c'est donc tout à la fois un *concernement* et une activité : un travail ».

profanes, et ce qui les distingue et nous permet alors de concevoir des catégories d'acteurs, et d'action, autour de différentes figures de l'alerte. Regardons ainsi à présent comment se déroulent les interactions quand le tiers appelant ne connaît pas la victime, avant de voir, à l'autre bout de la chaine des donneurs d'alerte, ce qu'il en est lorsque c'est l'entourage qui appelle les secours.

L'engagement particulier du parent, ce qu'il apporte d'informations et de savoirs de première main sur l'historicité[299] de l'événement critique et sur le patient, va être détaillé dans un développement spécifiquement consacré au parent, tandis que nous consacrons la première sous-partie à la figure du passant, et plus largement aux formes de lien faible[300] entre patient et donneur d'alerte.

1. *LE PASSANT*

Face à l'urgence, le sort de chacun dépend beaucoup de ses propres capacités, mais lorsqu'elles sont défaillantes, c'est la présence ou non d'un tiers, au moins pour donner l'alerte, qui représente réellement le point de bascule entre être secouru, ou non.

Autre dimension de l'accès aux soins d'urgence, la rapidité de l'intervention. Là, plus la personne lésée est éloignée d'une structure de secours et plus les risques sont importants. Dans ce cas, la présence d'un tiers est particulièrement importante car elle peut être mobilisée par la structure distante – le CCOT, la régulation médicale du SAMU – pour réaliser certains actes urgents en attendant l'arrivée des secours (respiration artificielle, massage cardiaque, compression de la plaie et position latérale de sécurité, essentiellement) et leur faire gagner du

---

[299] Y. Engeström, *in* J.-M. Barbier, M. Durand, *op. cit.*

[300] Pas exactement au sens de M. Granovetter[300], pour qui il y a tout de même interconnaissance, mais au sens d'une faible intensité de l'attachement et de l'engagement entre le donneur d'alerte et le patient, que le premier soit un parfait inconnu, un collègue, un voisin ou une vague connaissance.

temps (indiquer les allergies ; les médicaments ou toxiques pris par le patient, de façon que le camion s'équipe en conséquence).

Des tiers interviennent évidemment en dehors du médecin et de son patient : en particulier, l'entourage au sens large, et plus particulièrement la famille (parent, conjoint), les soignants, le personnel d'entretien, l'administration ; et, ce qu'on peut identifier à une catégorie à part, les divers associations et services sociaux : associations de malades, de parents de malades, de quartier, d'aide à domicile services municipaux d'aide à la personne, services sociaux –assistantes sociales, éducateurs, tuteurs, etc.

Dans le « feu de l'action », au moment de la rencontre entre un service d'urgence et un patient, les tiers sont néanmoins perçus comme secondaires à l'action, alors même qu'ils y sont toujours présents et exercent une influence sur le cours des choses. Ils ne forment pas un groupe homogène mais diversifié, du point de vue des rôles, des places, des comportements associés ; et, pour certaines catégories, ces places et ces rôles évoluent dans le temps, mais aussi au cours même d'une interaction donnée.

Si l'on parle peu du rôle des parents, et plus largement des accompagnants dans les situations d'urgence, on parle encore moins du donneur d'alerte. Ainsi, à côté des rôles dévolus et assumés par l'entourage des patients, notamment les mères (Cresson[301]) et des analyses sur le caractère ténu et fluctuant des divisions entre prise en charge médicale et prise en charge familiale (Mougel[302]), à côté aussi des analyses en terme de division du travail de soin et de prise en charge au sein de l'institution médicale et soignante (Molinier[303]) et du rôle des aides soignantes et des infirmières par rapport à celui des médecins et chirurgiens (A.

---

[301] G. Cresson, Le travail domestique de santé, op. cit.

[302] S. Mougel, *Au chevet de l'enfant malade*, Paris, A. Collin, 2009.

[303] P. Molinier, « Quel est le bon témoin du care ? » *in* P. Molinier S. Laugier, P. Paperman, *Qu'est-ce que le care… op. cit.*

Véga, A. Perrault Soliveres[304]), le donneur d'alerte reste un acteur perçu mais non étudié en propre – comme si son rôle paraissait anodin et dérisoire par rapport à l'action véritable, ou au long cours de la prise en charge.

Le fait qu'un tiers, et non le bénéficiaire, appelle les secours pose pourtant des questions spécifiques liées à sa tiercéité, à son extériorité par rapport à la situation d'urgence et de secours. Le bénéficiaire appelle pour lui-même et cherche à obtenir qu'on l'aide ; principal intéressé, il sait ce qui l'accable et ce qu'il espère : ses réponses sont directes et sans intermédiation. Mais qu'en est-il du tiers-passant et du tiers-entourage ? Que fait le donneur d'alerte lorsqu'il appelle les pompiers ? Cherche-t-il à obtenir quelque chose de précis, ou à attirer l'attention des secours ? Parle-t-il pour lui-même (« aidez-moi à… ») ou pour autrui (« il faut l'aider ! ») ? Comment s'opère la description, de premier témoin mais de seconde main, dont il est porteur ? Dans quelle mesure, enfin, ses intentions et ses motivations entrent-elles en ligne de compte ? Si l'on peut facilement mobiliser le bénéficiaire pour lui *faire faire* des choses en attendant les secours (après tout il en est le premier bénéficiaire), comment la participation des tiers se réalise-t-elle ? La manière de s'aborder mutuellement entre tiers et secourants pose ainsi diverses questions, aux conséquences très pratiques en termes d'organisation, de déroulement et de qualité de la « prise en charge ».

1.1. L'alerte « de principe » du passant-citoyen

Si l'on reprend les deux appels précédents, on trouve presque tout de suite un rapport au *sinistre* du côté du passant, et un rapport au *sinistré* du côté du parent. Autrement dit, dans un cas, l'alerte est affaire de *situation* et, dans l'autre, de *relation*. Il nous faut élucider, ou au

304 A. VÉGA, *Une Ethnologue à l'hôpital*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 2000 ; A. Perraut Soliveres, *Infirmières, Le Savoir de La Nuit*, Paris, PUF, 2001.

moins approfondir, les contours de ces deux concepts, qui paraissent devoir jouer des rôles importants et éventuellement exclusifs dans les interactions de secours.

1.1.1. Signaler à l'autorité compétente

Lorsque le passant prévient les pompiers, il est souvent, comme dans l'appel n°7 ci-dessus, dans la posture de celui qui rend visible quelque chose, à toutes fins utiles : il ne dit pas que la situation est critique, ou qu'il faut faire telle ou telle chose, mais il signale une situation à l'attention publique. Il investit ainsi les services d'urgence d'une capacité et d'une légitimité à discerner la nature de ce qui se passe – à réaliser le cadrage de la situation – et à décider quoi faire ou ne pas faire.

Le bon samaritain que le hasard met sur le chemin d'une victime potentielle n'est pas spécialement inquiet. Le parent, le proche, l'entourage, ou la victime directement, si. Le passant, ni inquiet ni spécialement accablé, quoi qu'impressionné et compatissant, « fait ce qu'il doit » et, dans le cas présent, passe la main, remet la situation entre les mains des services concernés, bref, sa responsabilité semble se limiter, non pas à la mobilisation des secours, mais au signalement : une obligation de moyens, et non de résultat, dans un investissement réduit à un « faire savoir », sans autre participation. On le perçoit peut-être encore mieux dans l'appel suivant, qui permet en outre d'entrer dans la question de ce qui déclenche ce signalement minimaliste et dégagé.

On y voit ainsi un automobiliste surpris dans sa « routine véhiculaire » par le surgissement d'un élément perturbateur par son « anormalité », une anomalie mobilisatrice qui l'amène à appeler les secours. Mais pas à s'arrêter.

Appel n°30 l'automobiliste et la dame accroupie

S : Les pompiers
H : Bonjour monsieur je vous téléphone au cas où : je suis un automobiliste, j'étais porte de Bagnolet sur les maréchaux et à première vue il y avait une femme d'une

certaine classe, un manteau noir, des lunettes et elle était accroupie au pied du feu.
S : Au pied du feu ?
H : Au pied du feu rouge, elle était accroupie
S : Qu'est ce qu'elle faisait ?
H : Ah je sais pas monsieur, je me permets de téléphoner parce que **ça me semblait anormal**
S : Pourquoi ça vous semblait anormal ?
H : Pourquoi ? ! **Je sais pas** une dame en plein dans la sur les sur les clous entre deux feux **ça me paraît un peu anormal**
S : Et vous êtes où actuellement vous ?
H : Et ben moi j'ai continué ma route parce que je m'en suis aperçu puis j'ai continué à rouler, alors tout de suite je saisis mon téléphone pour me permettre de vous le dire ! Cher monsieur.
S : O.K. monsieur on s'en occupe
H : Je vous remercie grandement monsieur
S : Au revoir monsieur
H : Au revoir
(Le pompier n'a rien fait du tout)

Le passant a une idée initiale de ce qu'il doit faire, qui le conduit à l'appel. En dehors de cela, il n'est pas particulièrement impliqué dans les manières de procéder des professionnels : à l'extrême, la suite ne le concerne pas. Il peut se positionner en toute extériorité ; pour le principe. Dans le fond, l'important n'est pas de porter lui-même secours en s'arrêtant, ni de s'assurer que les pompiers porteront secours, mais « de vous le dire » « au cas où ». Voilà bien typiquement une attitude de passant (ou d'automobiliste), qui demande à être analysée si l'on veut éclaircir les modes et les raisons de l'agir tiers dans ces situations d'urgence et de secours. Pourquoi ce passant donne-t-il l'alerte au sujet d'une inconnue, comment et avec quelle limite à son engagement ?

1.1.2. Le passant dans l'espace public

Peut-être, pour approcher ces questions, faut-il d'abord « remonter à la source » et se demander ce qu'est un passant, avant même de se demander qui sont les donneurs d'alerte.

On l'a dit, le passant est très peu considéré en sociologie, et le donneur d'alerte, guère plus. Ils ont toutefois leurs auteurs, et nous pouvons prendre appui sur quelques références pour entrer dans la problématique du tiers donneur d'alerte. En l'occurrence, ces références, si elles restent peu nombreuses, sont pour certaines particulièrement importantes, et substantielles s'agissant de l'agir dans l'espace public et démocratique. *Le passant considérable* d'I. Joseph[305] est celle qui peut le mieux nous aider à penser le donneur d'alerte « ordinaire » des situations de secours. Les autres références – Trom, Beck, Chateauraynaud[306] – concernent davantage des « lanceurs d'alerte » à plus long terme, s'adressant non pas à des services de secours, mais aux médias, à la population ou aux autorités en charge du sujet de l'alerte, laquelle porte sur un *risque*, essentiellement naturel et climatique, industriel et technologique.

Dans *Le passant considérable*, I. Joseph travaille, explore et manipule les notions d'espace public et de public pour qualifier le passant comme expression de la citoyenneté, dans ses hésitations, ses tâtonnements et les possibilités de flânerie, de lien faible et d'indifférence que lui offre un espace public démocratique. Il met en avant notamment l'enjeu de son degré d'engagement dans les situations qui l'entourent, dans les espaces où il déambule et même dans les interactions auxquelles il participe, et qu'on conçoit à peine comme telles. Citant E. Goffman, il évoque les déplacements coordonnés des passants dans la rue, pour ne pas se heurter, témoignent bien d'interactions minimales et cinétiques entre des individus réduits dans l'interaction à des « unités véhiculaires », mais capables d'interagir afin que, justement, rien ne se passe, notamment pas de contact ; c'est qu'éviter le contact est

[305] I. Joseph, Le passant considérable, essai sur la dispersion de l'espace public, Paris, Méridiens, 1984.

[306] Voir, parmi de nombreuses références, R. Trom, *Paraboles et catastrophes*, Paris, Flammarion, 1983 ; F. Chateauraynaud et D. Torny, *Les Sombres précurseurs : Une Sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Editions de l'EHESS, 1999 ; U. Beck, *La Société du risque - Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, 2003.

finalement une interaction entre personnes dont le désir réciproque de ne pas se rencontrer nécessite des coordinations muettes, supposant une observation réciproque, « flottante ».

Pour I. Joseph, l'espace public a deux limites, aussi terrifiantes l'une que l'autre : *l'identification* – l'espace public, d'un anonymat protecteur et respecté, se transforme en un espace de traitres et de traducteurs risquant de dévoiler ce que l'on préfère cacher – et *l'envahissement* – l'espace public comme espace de réserve et de cloisons devient alors l'espace des importuns qui s'imposent à soi. La phénoménologie de l'espace public n'est, dans cette analyse, pas celle de la pudeur (chacun cherchant à se dissimuler), mais celle du tact (chacun évite à autrui divers inconforts dont celui d'être ostensiblement observé, et importuné) : l'espace public est celui de la relation plus que de la conduite, mais une relation d'évitement visant à se protéger mutuellement contre les dévoiements de l'identification et de l'envahissement... L'espace public est interactionnel, précisément dans sa feinte indifférence.

I. Joseph écrit également à ce sujet, comme un avertissement contre les excès d'un regard sur l'espace qui deviendrait celui, inquisiteur, du trop proche, intrusif et indiscret, ou du trop méfiant, surveillant auto-proclamé du bon ordre de l'espace commun :

> « L'horizon des sombres temps nous impose de penser autrui au-delà de la fusion, de sauver l'espace public du désastre de la fraternité[307] ».

Et pourtant, le passant voit, remarque et parfois intervient, par exemple en apportant de l'aide (porter une poussette dans le métro, tenir une porte), en constatant une détresse, en appelant les secours. Ceci nous renvoie au degré d'(in)attention réel et à ce qui le pousse, prenant acte d'un besoin, à apporter son aide, comme nous allons le voir maintenant.

[307] I. Joseph, *Le passant… op. cit.* p. 14 empruntant l'expression à Hannah Arendt, in *Vies Politiques*, Paris, Gallimard, 1974.

1.1.3. La sous-veillance du passant-vigie

Plusieurs auteurs peuvent nous ici aider, notamment J.-P. Thibaud, L. Mondada et I. Joseph à nouveau – sans parler du E. Goffman de *Behavior in public places*[308]. Tous en effet ont saisi des dynamiques interactionnelles propres à la co-présence entre inconnus dans l'espace public. Pour I. Joseph :

> « L'homme est un être de locomotion que les rencontres et les expériences de co-présence transforment en un œil énorme. La ville instaure le privilège sociologique de la vue (ce qui est fait) sur l'ouïe (ce qui se raconte) mais en conjuguant diversité et accessibilité, elle affecte le visible d'un coefficient d'indétermination et d'alarme. [309]»

Le passant est donc, tout de même, un observateur, puisqu'il remarque et alerte.

Dans un espace public où la démultiplication des paires d'yeux aboutit à une sorte de couverture visuelle panoptique à la Bentham[310], les passants forment les uns pour les autres « un œil énorme »[311]. Mais, en réalité, s'il s'agit bien de publicité (c'est-à-dire d'agir *en public*), il ne peut être question de *surveillance* sauf à se penser plus inquisiteur que flâneur[312]. Au contraire, entre l'indifférence civile du promeneur qui évite de dévisager et la claustration ostensible des « unités véhiculaires » auxquelles il nous arrive de nous résumer vers huit heures du matin à l'entrée du métro, la qualité de la couverture visuelle est celle d'une « sous-veillance » : une vision flottante minimale, attirée seulement par ce qui peut la déranger, la sortir de la routine de la circulation. Voire, attentive à ne pas voir ce qui lui

---

308 E. Goffman, Mise en scène… t. 2. Les relations en public, Op. cit.

309 I. Joseph, Le passant considérable, op. cit. p. 18.

310 Ce système de surveillance carcérale inventé par le philosophe J. Bentham en 1780 est particulièrement décrit et analysé par M. Foucault *in* M. Foucault, *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

311 Pour les distinctions qui nous empêchent d'y substituer l'image d'une oreille colossale ou d'une main géante, voir par exemple *op. cit*. 18 et *la croyance et l'enquête, raisons pratiques.*

312 G. Chelkoff, J.-P., « L'espace public, modes sensibles… » *op. cit.* Tout est affaire de discrétion : de perceptions à la limite du champ visuel, de coups d'œil et de balayages – dans l'espace public, on ne dévisage pas et on ne scrute pas, on scanne, l'air de rien…

posera un problème d'engagement, tel le garçon de café débordé refusant de voir la main levée du client, ou le passant dont le regard survole la main tendue du mendiant, ou le corps étendu du clochard et son inquiétante immobilité. Mais tel n'est pas le cas avec « le cas d'urgence ». Là, le regard voit, scrute et le passant devient vigie. Il alerte. Souvent, il s'arrête, se rapproche[313], s'accroupit et parle à l'inconnu blessé. Il s'interrompt pour porter assistance, laquelle consiste avant tout, et *a minima*, à prévenir le service compétent. Le risque existe d'ailleurs d'une attention qui deviendrait filature, d'une alerte qui serait en fait dénonciation[314]. On se demande, enfin à quoi tient et que sont les déclenchements et les limites du devoir d'ingérence qui anime le donneur d'alerte.

Si les motifs sont variés, la notion d'urgence immédiate distingue ainsi assez fortement les donneurs d'alerte d'U. Beck et F. Chateauraynaud de ceux dont nous traitons. Le danger est immédiat, sensible et certain, pas déduit, ni potentiel. Le donneur d'alerte de la sociologie du risque est un inquiet. Chez ces deux auteurs, le citoyen inquiet d'un « monde incertain », dont il est partie prenante à égalité avec les autres, se sent un devoir de signaler, mettre en garde, dénoncer et pointer du doigt ce qui fait risque. Il se réunit en association, s'entoure d'expertise, enquête sur son sujet de préoccupation, qui éventuellement le touche directement et a provoqué sa « prise de conscience ». S'il n'est pas une victime directe ou potentielle, il en est lui-même un des rouages : il est l'expert ou l'agent, qui dénonce de l'intérieur, et souvent sans résultat, les dangers que son savoir et ses travaux ont détectés. En d'autres termes encore,

---

[313] A. Borzeix a travaillé sur des équipes mobiles de la SNCF sensées repérer lors de maraudes en gare les personnes susceptibles d'avoir besoin d'aide : A. Borzeix, « L'information-voyageurs en gare du Nord », *in Langage et Travail. Communication, cognition, action.* (coord. A. Borzeix et B. Fraenkel) CNRS éditions 2001.

[314] Une rumeur qui court au SAMU social veut que lors de la campagne de mobilisation demandant aux gens d'appeler le 115 s'ils remarquaient une personne sans abri les jours de grands froids, des riverains signalaient les sans abris vivant autour de chez eux pour obtenir en fait l'éloignement d'un voisinage qui leur déplaisait. Fantasme ou réalité, cette histoire exprime bien le risque contenu dans tout mouvement d'ingérence.

le lanceur d'alerte veut être entendu. Il est pro-actif et souvent, obstiné. La figure tragique qui lui correspond chez F. Chateauraynaud est celle de Cassandre.

Rien de tel, ou si peu, chez le banal appelant. Au niveau de l'appel au 18 ou des services d'urgence, l'alerte n'est pratiquement jamais un effort préventif à long terme, un principe de précaution suspensif (le principe de précaution ne visant pas des actions conduites par précaution, mais bien la suspension et l'arrêt de ce qui pourrait comporter un risque), pas plus qu'un risque abstrait. La sociologie du risque ne nous éclaire donc pas réellement s'agissant de décrire les modes, les moyens et les motifs des donneurs d'alerte de l'urgence.

Celui qui appelle les pompiers n'appelle jamais (ou presque[315]) en suivant une théorie, une hypothèse ou un risque logique, mais à cause d'une observation directe et de signes tangibles d'un danger à brève échéance (par exemple une odeur de gaz, de fumée). Et s'il appelle, c'est avant tout pour *avoir prévenu* (le fameux « au cas où »)[316].

1.1.4. La métaphore du somnambule et le passant inattentif

Le passant circule dans un univers (l'espace public) de liens « moins-que-faibles » : il y a bien quelque chose de l'ordre du « rapport », d'une prise en considération mutuelle, au moins, puisqu'on se perçoit assez pour circuler sans se heurter mais aussi pour respecter le droit de l'autre à l'indifférence et éviter de l'incommoder de quelque façon.

E Goffman parle ainsi d'interactions non focalisées :

> « Les interactions non focalisées sont ces formes de communication interpersonnelle qui résultent de la simple coprésence [ou de l'observabilité mutuelle].[317]».

---

[315] On a tout de même un cas où une femme appelle parce que son ami ne répond pas au téléphone : elle appelle sur une hypothèse, et sur un risque.

[316] Sur le civisme ordinaire, voir notamment P. Pharo, *Le Civisme ordinaire,* Librairie des Méridiens, 1985.

[317] E. Goffman *in* I. Joseph, 1998, op. cit. p.74.

La métaphore du somnambule développée par I. Joseph dans *Le passant considérable*[318] ne manque pas d'intérêt pour exprimer ce rapport ténu, cotonneux et asocial à l'environnement, et à son propre mouvement. La limite de la métaphore est qu'elle ne rend absolument pas compte, en revanche, de l'aspect au contraire *hypersocial* de ces micro interactions quasi véhiculaires : quoi de plus social en effet que de sacrifier aux rituels interpersonnels jusque dans ses déambulations anonymes ? Dans la dialectique du somnambule et de l'insomniaque[319], où le sociologue pourrait se trouver pris face à son objet, I. Joseph choisit résolument le premier, et défend le sociologue comme passant-somnambule,

> « être pragmatique au sens de W. James. Il a renoncé à recueillir le sens, il le sait d'avance en excès, il parie sur la profusion qualitative des formes quelle que soit leur précarité ».

Si le somnambule parvient à marcher en dormant les yeux ouverts (détail essentiel sans lequel la métaphore échoue), c'est qu'il évoluerait dans un rêve dont le décor est le réel réduit à ses caractères génériques : peuplé de silhouettes et non de personnes, de formes et non de vrais « lieux », mais assez ressemblants pour « s'y retrouver » sans qu'il soit besoin de se réveiller, ni de s'investir. Le passant-insomniaque est au contraire hyper vigilant, constamment inquiet « et volontiers inquisiteur », à rebours du droit à l'indifférence des autres citadins… : comme l'écrivent M. Boutet et A. Bidet :

> « Dans le passant considérable, Isaac Joseph…met en avant l'œil ouvert du flâneur et la désinvolture de l'insomniaque, s'adaptant aux circonstances comme elles viennent, sans trop y penser »[320].

---

[318] I. Joseph, Le passant considérable, op. cit.

[319] *Ibid.* Voir aussi A. Bidet, M. Boutet, F. Chave *et al.* « L'empreinte d'Isaac Joseph. Explorations croisées » *in* C. Saturno et D. Cefaï (éds.), *Itinéraires d'un pragmatiste. Autour d'Isaac Joseph*, Paris, Economica, 2007.

[320] « L'empreinte d'Isaac Joseph. Section 1 : pour une sociologie pragmatiste des activités », M. Boutet, A. Bidet, *in Itinéraire d'un pragmatiste… op. cit*, p.7 (nous soulignons).

En d’autres termes, le passant de E. Goffman, le somnambule de I. Joseph, ou encore le citadin de L. Mondada[321], peut se contenter de *voir* et n’a pas besoin de *regarder*. Notre tiers-passant aussi. Or quelque chose le pousse à ouvrir une parenthèse dans son cours d’action : il appelle les secours. Quand l’œil est attiré par quelque chose d’anormal, le passant, alerté par l’incongruité (qu’elle représente un risque ou, plus rarement, une aubaine, l’incongruité met en alerte essentiellement pour s’éviter un danger[322]) focalise dans l’instant, *volens nolens*, son attention sur ce qui ne cadre pas. Ce que le passant remarque, ce n’est pas l’espace neutre, impersonnel ou trop familier où il évolue, encore moins l’inverse, les mille détails particuliers qui font du lieu ou du moment une singularité, mais l’anomalie, ce qui sort de l’ordinaire et l’oblige à focaliser son attention, jusque là flottante, sur son environnement, à s’y adapter et, le cas échéant, à y prendre part.

Là, il est pris, impliqué. Si l’on file la métaphore du somnambule, le voilà réveillé. Conséquence de cette soudaine vigilance, des passants appellent les pompiers, mais il leur reste encore à sortir de cette « situation de secours ». Leur implication est, d’une part, variable et, de l’autre, problématique : elle pose la question du degré auquel on veut bien être impliqué, une implication potentielle vécue comme un risque, mais un risque incertain tant qu’on n’y est pas confronté.

[321] Mondada, *op. cit.* évoque la disposition du passant à repérer d’un coup d’œil dans l’environnement et chez les personnes dans son champ de vision des catégorisations utiles à son déplacement. Il procède par balayage rapide et ne s’arrête pas sur les objets ni les personnes.

[322] On pense aux deux articles, de J.-P. Thibaud, *Regards en action, op. cit.* et de L. Mondada, « La ville n’est pas peuplée d’êtes anonymes… » *op. cit* qui montrent de façon assez concordante cette disposition inquiète à l’environnement urbain paradoxalement contenue dans l’attention flottante du citadin.

1.2. Enrôlement et investissement

A quoi tient ce mouvement situationnel *d'enrôlement*, imposant un rôle – donneur d'alerte – à celui qui se trouve témoin de la situation de détresse ? Quelle est la force d'obligation qu'une situation de détresse (ou simplement de besoin médical, ce que nous appelons ici « situation de secours », en réservant cette expression au secours médical d'urgence et en la distinguant du secours social) impose au passant, et son mouvement à lui pour insérer cette situation dans un cadre citoyen d'entraide, limité mais impérieux. On a même vu des passants imposer le secours à des patients-malgré-eux, c'est dire toute la force de ce devoir d'intervention, et quelquefois d'ingérence. Il en est ainsi dans l'appel n°20 ci-dessous, où une pharmacienne cherche à imposer le passage aux urgences à un client qui le refuse pourtant explicitement.

1.2.1. La force de la norme

Ce mouvement d'enrôlement est renforcé par les pompiers eux-mêmes, qui évaluent « à l'oreille » la possibilité de mobiliser le tiers en attendant l'arrivée de l'équipage des pompiers. Si lorsque le tiers est un proche, sa mobilisation est très courante et souvent volontaire ; de la part des passants, elle se négocie plus difficilement et dans des limites plus étroites. Ainsi, le passant se sent-il le devoir de prévenir les pompiers, mais non de rester aux côtés de la personne atteinte, ou de l'installer provisoirement sur son propre territoire, dans le cas de commerces. Cela peut être obtenu, mais au détour d'une négociation dont le résultat n'est pas acquis d'avance…

Ce paradoxe se comprend si l'on revient sur l'appel n°20, où l'on voit comment le pompier perçoit l'échappée, la tentative de refermer la parenthèse secourable, et signale

l’existence d’une norme, une sorte d’attente sociale qui effectivement suffit à empêcher le tiers de se retirer comme il en avait l’intention.

Rappel : Appel n°20 : Client malade de la pharmacie
S : Les pompiers
F : Oui bonsoir monsieur, pharmacie générale sur la place de l’Europe à Colombes, je vous appelle parce que voilà on a, on a un client qui respire très très mal, qui est asthmatique, qui fait des dyspnées, il, on entend qu’il est très très encombré il doit avoir beaucoup de mucus sur les bronches, bon il est sous ventoline, sérétide, tout le tralala il en a pris, quand même, ça a pas […]
F : Place de l’Europe à colombes
S : Dans la pharmacie
F : **Non** il sera devant parce qu’on va fermer nous, **donc en fait il est avec un ami**, […]
S : Et vous n’allez pas le, le temps qu’on arrive vous n’allez pas le laisser au chaud. Vous allez le mettre dehors.
F : Ben, **non non**, on ferme dans dix minutes, mais euh vous mettez combien de temps, dix minutes
S : Ben moins que ça d’habitude
F : Bon ben voilà donc on sera encore ouvert
S : D’accord
F : Voilà au revoir monsieur
S : C’est ça

Se dégager peut être tentant, comme dans ce cas, mais n’est simple ni matériellement, ni socialement. Se joue en l’occurrence, en quelques secondes, une négociation des responsabilités dans l’interaction, comme nous allons le voir. En l’occurrence, le stationnaire était très critique après cet appel à l’encontre de la pharmacienne, qui n’en a « rien à faire » et veut surtout « s’en débarrasser ». Comme souvent, le pompier souligne avec amertume quelque chose comme un égoïsme ou un manque de cœur des appelants, une fois les pompiers prévenus. On peut voir également que la pharmacienne met en avant, pour justifier de ne pas « garder au chaud » le patient, le fait qu’il est déjà accompagné. Etre accompagné, ne pas être seul, est une situation que chacun admet comme souhaitable et prioritaire. La pharmacienne met en avant que cet aspect étant assuré (il est avec « un ami »), elle n’a pas davantage de responsabilité à l’égard du patient : puisqu’il est accompagné, le fait qu’il attende dehors, en somme, n’est pas de son ressort moral à elle, ce à quoi le stationnaire oppose un devoir « de

suite » : celui qui appelle doit *personnellement* faire ce qu'il peut pour le patient en attendant les secours et, en l'occurrence, « le garder au chaud ».

L'implication est négociable et comporte ainsi une part interactionnelle forte puisque, face à une situation encore inconnue, même si l'on veut limiter son implication, les autres par leur comportement et par leur seule présence, fixent un degré attendu d'investissement. Ainsi, la situation du « porter secours » comporte en elle-même une certaine force d'obligation, une norme d'investissement minimal, indéterminée mais réelle – tout comme est confusément ressentie l'insuffisance de l'obole pécuniaire par le passant qui, lui, peut alors renoncer tout-à-fait à donner au mendiant, dans les situations analysées par C. Gayet-Viaud, sur lesquelles nous allons nous pencher dans les pages suivantes.

1.2.2. Le passant donateur et la question du degré d'engagement dans la situation

Il faut, pour permettre aux individus de se constituer en collectif, voire en équipe, et à l'intervention de s'envisager, un rapprochement de perspectives suffisant entre requérant et professionnel. Ce rapprochement est rendu difficile par les perspectives et l'idée de chacun quant à ce qu'il *conviendrait* de faire (le comment), ce qu'on *peut* faire (le droit), ce qu'il *faudrait* faire (la morale) et jusqu'où aller, pour sa part (le combien).

Comment le passant envisage-t-il, définit-il, présente-t-il et finalement, assume-t-il son degré d'engagement dans la situation de secours. Porter secours, certes, mais jusqu'à quel point ?

Si une question que pose le passant est celle du degré de sa mobilisation, elle est bien relevée par Carole Gayet-Viaud[323] :

---

[323] C. Gayet-Viaud, « Du passant ordinaire au Samu social : la (bonne) mesure du don dans la rencontre avec les sans-abri », *Revue du MAUSS*, n° 35, 2010.

> «Marqués par la fugacité et l'étrangeté mutuelle, les rapports entre inconnus dans la ville sont couramment définis dans le registre de l'indifférence civile (Goffman 1963 ; 1973 ; Joseph, 2008). (…) Les sans-abris (…) sont dotés de cette qualité paradoxale d'accrocher l'attention, et de susciter le malaise, un frémissement de geste même, mais simultanément, de se dérober à la détermination d'un « quoi faire » ou leur donner, qui justifie et réalise pleinement cet élan que pourtant ils éveillent ».

Les passants ordinaires, ou *quidams*, connaissent bien cette inquiétude, qui se manifeste sous la forme d'un trouble, d'un embarras, de tergiversations, de réticences et de scrupules, tentatives, remords, perplexités, dont les observations donnent des indices et que les entretiens étayent par de nombreux récits. Face aux sans-abris, l'affirmation d'un principe général tel qu' « il faudrait faire quelque chose » s'avère insuffisante et impuissante, car incomplète : il manque la définition satisfaisante du quelque chose à réaliser. C. Gayet-Viaud compare alors le côtoiement des passants et les interactions avec des professionnels du Samu social. Elle met notamment l'accent sur un phénomène très intéressant pour nous : la difficulté du don du passant tiendrait davantage d'un sentiment de « pas assez », de don nécessairement insuffisant, qu'à une peur de l'excès d'engagement, ou de demande, que pourrait entrainer l'acte de donner « un peu ».

Le passant est pris alors dans une difficulté qui est moins celle de réussir à s'extraire d'une situation pouvant devenir envahissante, que de risquer d'humilier, d'offenser ou d'échouer, par le fait de ne pas donner assez pour aider vraiment (en toute virtualité, et indépendamment du sentiment effectif de la personne à qui l'on donne). A l'opposé, les professionnels du Samu social fixent les limites de ce qu'ils doivent faire et de cet engagement, ce qui leur permet de dépasser les sentiments polaires d'inutilité ou d'excessif investissement affectif, matériel et temporel. C'est aussi ce que représente la possibilité d'avertir les services de secours pour le passant : la perspective d'un mouvement *cadré*, virtuellement utile, suffisant et faisable.

C. Gayet-Viaud écrit encore avec une grande justesse que les sciences sociales ont beaucoup insisté sur le fait que le don oblige et met en dette celui qui reçoit. Or :

> « Ce qu'il faut considérer (…) c'est la façon dont le don oblige *celui qui donne*[324], au point qu'il peut s'avérer épineux de donner (savoir *comment* le faire *correctement*) alors même qu'on en a l'envie ou la volonté (la velléité, devrait-on dire) ». Se pose alors d'une manière particulière à nouveau la question du niveau d'engagement mais, on le comprend d'une manière décalée par rapport à la peur de trop en faire : la problématique est plutôt que cesser de donner, c'est se dédire un peu. Ainsi « le jusqu'où touche à la mesure indissociablement qualitative et quantitative du don : que donner, en fonction de quoi ? ».

Si le passant, face au mendiant ou au sans abris, ne sait trop quoi donner ni jusqu'où, sans parler du comment, il est clair que le même passant face à une personne blessée sait, cette fois, quoi donner, lorsqu'il appelle les pompier : il donne un coup de téléphone et son engagement est globalement connu d'avance, adapté et limité. Si l'on ne sait toujours pas ce qui le pousse à secourir, on voit qu'il le fait parce qu'il peut le faire sans risque de débordement, ou d'inadaptation. Le cadre posé autour de la situation dont il est témoin comporte un script du rôle de bon samaritain qu'il peut y jouer. Et on l'a vu, en pratique, les limites de cet engagement, implicites et relatives, à la fois normées et subjectives, sont à négocier, à chaque fois et font l'objet d'un rapport de force entre pompiers et donneur d'alerte : tantôt le donneur d'alerte est déjà loin, et impose ses limites, comme dans l'appel n° 30, tantôt le pompier pèse pour faire participer l'appelant au-delà de ce qu'il a prévu de faire, comme dans l'appel n°7.

On voit ainsi que, même pour l'inconnu dans la rue, la question de l'engagement se pose, se dispute et représente, dans son indétermination, un certain enjeu. Le passant, lorsqu'il remarque une situation qui appelle à porter secours, est dans une position morale qui exige un minimum clair – alerter les secours, mais ne comporte pas de limite définie.

La nature de cette exigence morale, sociale, peut-être interactionnelle, reste encore floue. Pour suivre l'axe « situationnel », qui traverse notre recherche, et alimente l'idée qu'une situation est quelque chose de plus vaste, de plus morcelé dans l'espace, le temps, impliquant plus de personnes et comportant plus de normes que ce qu'on en voit

[324] Nous soulignons.

habituellement, on peut se demander dans quelle mesure le donneur d'alerte est soumis aux exigences de la situation. Si son rôle est déjà largement incorporé dans la situation, comme si elle lui préexistait et qu'il en était l'un des interprètes temporaires, alors on peut l'envisager comme l'instrument volontaire, non seulement d'une personne en détresse, mais également, en amont si l'on peut dire, d'un principe, ce qui ferait de lui un *médiateur,* sur plusieurs plans.

1.3. Médiation

La médiation est prise ici comme un apport extérieur permettant qu'un lien s'établisse entre un individu et d'autres, entre groupes, entre groupe et société, enfin entre individus et société… On peut y lire la tiercéité comme *distance et extériorité* (le passant) qui « agit pour » depuis sa réserve, puis la tiercéité comme *renfort et adjuvant d'aide, d'information, de répondant,* qui vient participer à la prise en charge (le parent), et enfin la tiercéité comme *altérité, autre référentiel, ailleurs* où transformer la crise (l'hôpital, l'expertise, le professionnel). Chacune de ces trois forces agissantes accentue pour nous un composant différent de la notion de tiercéité.

1.3.1. Qui est médiateur ?

Revenons à l'article de C. Gayet-Viaud. Son sous-titre, « du *quidam* au SAMU social : le rôle de l'institution dans la façon d'équiper la volonté de donner », exprime également un renversement de point de vue. Mais alors que nous posons depuis le début de ce travail que c'est le donneur d'alerte qui est le médiateur entre service de secours et bénéficiaire des secours, C. Gayet-Viaud pose au contraire le *quidam* comme acteur et l'institution comme médiation entre son don et celui qui le reçoit. L'auteure prouve ainsi que les places ne vont

pas de soi dans le système d'action qui aboutit à prendre en charge un patient en urgence : il nous faut repenser la position du donneur d'alerte certes, comme médiateur, mais également comme initiateur de quelque chose que les services réalisent ou l'aident à faire. Qui secourt alors vraiment, l'appelant ou les pompiers, l'accompagnant ou l'urgentiste ? Et qui est le tiers de qui ?

La réponse ne consiste évidemment pas à décerner le titre de secourant à l'un ou l'autre des coparticipants de la chaine du secours ; mais cela éclaire la possibilité de reformuler ce qui se passe dans les termes d'une situation tenue par un réseau éphémère (ou plutôt, spontané, *ad hoc* et non architecturé), de *knotworking* selon le concept de Y. Engeström[325], et par l'action, conjuguée ou non, de différents noyaux diversement ramifiés par des liens forts, faibles voire, dans nos cas, « moins-que-faibles » pourrait-on dire (les liens faibles de M. Granovetter supposant, comme on l'a vu, un degré minimal d'interconnaissance, alors que le donneur d'alerte peut être un inconnu).

En d'autres termes, la prise en considération du tiers-passant dans la co-construction d'une situation de secours par le passant, le professionnel, l'entourage et le patient conduit à intégrer, dans les analyses en terme de réseau, le rôle de parfaits inconnus, ainsi que l'articulation observable de l'agir de différents acteurs sans qu'il y ait nécessairement de coordination prévue entre tous. Qu'est-ce qui fait, alors, que des acteurs divers contribuent à une situation de secours et d'urgence, et la perçoivent comme telle et non comme une pluralité de scènes et d'activités dispersées ? N'y a–t-il qu'un seul noyau (ce qui permettrait d'identifier clairement qui est central, et qui fait tiers), ou plusieurs, suivant les points de vue ? Nos observations nous amènent à défendre plutôt cette seconde hypothèse.

Nous avons posé la *situation* à la fois comme co-production et comme matrice des interactions de secours. L'angle de la *médiation*, notamment chez G. Simmel, peut nous aider

---

[325] Y. Engeström, « Quand le centre se dérobe », *op. cit.*

questionner la nature de l'objet « secours d'urgence » et des liens grâce auxquels il tient ensemble, pour former une unité, les multiples contributions dont il est le fruit.

1.3.2. Le patient comme tiers-médiateur, la société comme médiation et le « porter secours »

Pour G. Simmel, le principe d'un tiers médiateur peut structurer les groupes à deux niveaux : en augmentant la cohésion entre eux, ou en créant entre eux de nouvelles relations. Le tiers médiateur est ainsi présenté sous l'angle de ce qu'il fait au groupe préconstitué. Il est médiateur en cela qu'il crée un échange entre les membres, indépendamment de ce qui se passe entre lui et chacun d'eux.

G. Simmel distingue deux types de tiers, qui ne conduisent pas forcément à des triades. On a, d'un côté, des triades réelles de trois personnes ou plus, le tiers étant celui qui arrive dans un groupe préconstitué ou crée un groupe autour de sa personne. G. Simmel écrit ainsi :

> « (…) c'est seulement l'arrivée du troisième élément qui ferme en fait le cercle, en liant les deux autres l'un à l'autre. Cela peut prendre deux formes : ou bien l'existence du troisième élément fonde directement ou consolide la liaison des deux autres – comme par exemple quand la naissance d'un enfant accroît l'amour entre les époux ou du moins celui de l'homme pour la femme – ou bien la relation de chacun des deux au troisième instaure entre eux une relation nouvelle et indirecte – de même que les soucis communs d'un couple au sujet d'un enfant signifient en général un lien qui doit justement mener plus loin que cet enfant, et qui est souvent fait de sympathies qui ne peuvent absolument pas se passer d'un stade intermédiaire tel que celui-là [326]».

On a, d'autre part, le tiers-instance, que G. Lits, analysant la tiercéité chez G. Simmel[327] appelle « le tiers invisible ». Il reformule ainsi cette dualité :

---

[326] G. Simmel, 1999, « La détermination quantitative du groupe », *in* Simmel G., *Sociologie. Etudes sur les formes de la socialisation* (1908), Paris, PUF, pp. 81-161 ; « Domination et subordination », in. Simmel G., *Sociologie. Etudes sur les formes de la socialisation* (1908), Paris, PUF, pp. 161-265.

[327] Grégoire Lits est sociologue à l'Université Catholique de Louvain et chercheur eu Centre de recherche interdisciplinaire : Développement, Institution, Subjectivité (cridis). Voir l'excellent article : G. Lits, « Tiers et objectivité sociale chez Georg Simmel», *Emulations*, 2009.

> « Le sociologue peut, d'une part, s'intéresser aux tiers entendus dans leur acception commune et analyser 'la relation de ceux qui se réunissent', en formant donc une triade. Mais il peut également étudier 'la relation de l'unité qu'ils constituent [ceux qui se réunissent] avec le centre d'intérêts qu'ils ont en face d'eux'. Dans cette seconde acception, le tiers est donc, à l'instar de l'Eglise, un troisième élément, invisible, qui a pour rôle ou pour fonction de rassembler des individus différents en une unité. Dans cette acception, le tiers est l'élément médiateur qui permet la constitution de la société et qui se trouve au-delà de l'interaction en tant que telle entre plusieurs individus (…) Nous sommes, avec cette phrase, dans une conception du tiers toute différente de celle proposée par Caplow. Elle nous place dans une perspective où la base de l'analyse ne serait plus l'interaction concrète liant trois individus dans une situation particulière, mais bien la relation liant plusieurs individus à une entité invisible, non matérielle, présente dans les actions réciproques et qui permet aux individus de se lier et de former une 'unité' ».

Et encore,

> « Le tiers (…) a pour fonction de lier les individus malgré leurs antagonismes personnels, en posant dans les actions réciproques un rapport à une objectivité qui dépasse l'individualité de celui qui l'incarne (…) [il] est médiateur en ce qu'il doit être présent pour que se configure une interaction particulière (que ce tiers soit un individu ou un élément extérieur à la simple action réciproque). Dans un second temps, si l'on pousse ce principe jusqu'au bout, il semble que pour Simmel le rôle du tiers soit finalement d'être l'élément qui lie les deux individus prenant part à l'interaction en une unité (…) Il a pour fonction de lier les individus malgré leurs antagonismes personnels, en posant dans les actions réciproques un rapport à une objectivité qui dépasse l'individualité de celui qui l'incarne. »

En associant ces deux idées, on doit se demander si, dans le cas de la triade de secours et d'urgence, le médiateur n'est pas le *patient*, dans la mesure où c'est lui qui finalement conduit, par delà leurs différences et leurs antagonismes, un tiers et un professionnel à *interagir* en fonction et au sujet d'un troisième, lui-même. Tout comme l'enfant de G. Simmel est une sorte de médiateur entre ses parents, au sens où il est à l'origine d'une interaction nouvelle et focalisée des parents, le bénéficiaire des soins serait le médiateur entre professionnel et tiers au sujet d'un motif qui les dépasse.

A un deuxième niveau, ce motif qui les dépasse, est, certes, si l'on suit G. Simmel, le patient, mais ce peut être aussi, au-delà de lui, la nécessité de porter secours, incarnée dans le patient, qui pousse le passant à s'interrompre pour appeler les pompiers de sa voiture alors qu'aucun regard ne pèse sur lui pour l'y contraindre et qui fait co-agir professionnel et tiers…

La triade patient-professionnel-tiers voit-elle les places occupées diversement : le donneur d'alerte y est médiateur entre patient et professionnel mais aussi médiateur entre la situation et l'impérieux principe du secours, qu'il incarne et anime avec les usages de la société, et dont il se fait l'interprète. Le voilà donc doublement médiateur : *médiateur-porte-parole* entre le patient et le professionnel, et *médiateur-medium*, exprimant un principe transcendant qui serait l'obligation de secourir, auquel chacun se soumet et qui force la coopération entre inconnus. S'il est le médium d'un tel principe, le patient en aussi est la cible, l'incarnation. A ce titre, il est lui aussi, dans un vocabulaire simmelien, le médiateur entre principe commun et individus : si le donneur d'alerte est le médiateur qui s'en fait la voix, le *patient* est le médiateur qui s'en fait le corps.

1.4. Du signal en passant à l'alerte responsable

Nous avons jusque là saisi le tiers passant comme médiation sociale entre un besoin et une intervention de secours. Comment se positionne-t-il par rapport à ce rôle et à celui qu'il aide, ainsi ? Quelles différences cela fait-il, de donner l'alerte en tant que simple passant et dans le cadre d'un lien, même ténu, avec le patient ? En quoi la figure du passant se distingue-t-elle d'autres figures du donneur d'alerte?

1.4.1. L'engagement du passant

La manière dont les donneurs d'alerte se présentent et annoncent le motif de l'appel est un élément permettent de distinguer plusieurs types de donneurs d'alerte et de rapport à la situation de secours. Pour ne considérer encore que les tiers extérieurs à l'entourage du

patient, il y a différentes manières de s'inscrire dans une situation de secours en tiers, et avec divers degrés d'engagement.

Ainsi, souvent, le donneur d'alerte présente un récit différent selon son lien avec le patient. Le simple passant/automobiliste a tendance à simplement décrire ce qu'il a vu, à charge pour le stationnaire de choisir s'il intervient ou non :

Extrait 1 :

S : Pompiers bonjour
H : Et ouais bonjour j'appelle pour euh **y a une personne qui s'est euh évanouie là,** qui est par terre là et je crois qu'il'[328]

L'appelant parle sur un ton ostensiblement détaché, sans émotion apparente.

Dans un autre appel, déjà commenté précédemment, la réserve dubitative du stationnaire conduit cependant le passant à se justifier en invoquant, justement, un devoir d'assistance qui se trouve croisé en quelque sorte à un principe de précaution sensé faire consensus, et qui voudrait que, dans le doute, il convient d'appeler :

Extrait 2 :

S : Les pompiers
H : […] il y avait une femme d'une certaine classe un manteau noir, des lunettes et elle était accroupie au pied du feu […]
S : Qu'est ce qu'elle faisait ?
H : Ah je sais pas monsieur, je me permets de téléphoner parce que **ça me semblait anormal**
S : Pourquoi ça vous semblait anormal ?
H : **Pourquoi ? ! Je sais pas** une dame en plein dans la sur les sur les clous entre deux feux **ça me paraît un peu anormal** […] **alors tout de suite je saisis mon téléphone pour me permettre de vous le dire !**

Parfois cependant, l'appel passé par un simple passant peut être marqué par une vive émotion :

Extrait 3 :

S : Pompiers bonjour

[328] Comme précédemment, les extraits sont issus des transcriptions qui se trouvent en annexe 1 et sont en outre rassemblés en annexe 2 dans le tableau « extraits ».

H : Oui bonjour **vite** il y a euh **un accident vraiment très très très grave là** au bois de Meunière à Clichy sous bois où on est où, en direction de Clichy vous savez où, le bois là, où y a un petit parking un peu plus loin et y a un truc de travaux
S : Vous connaissez pas l'adresse le nom des la rue monsieur ?
H : Non.
H : (en aparté) c'est quelle adresse ici ? Ah bon…
H : (au stationnaire) 255 route de Belfort
S : Pardon ?
H : 255 route de Belfort, numéro 255
S : De Belfort?
H : Oui, je sais pas ce qu'il m'a raconté. C'est dans le bois de Meunière
S : …
S : Qu'est ce que vous appelez un accident grave ?
H : **Ben très grave** y a deux voitures qui sont complètement dans le bois, dans le fossé et une femme qui est coincée et puis la voiture elle brûle
S : Coincée elle peut pas sortir ou coincée elle'
H : Non non elle peut pas sortir du tout
S : Il y a deux voitures dans le fossé ?
H : Oui, apparemment **on** libère une dame là, c'est la seule dame qui… ah ben **on est en ligne avec vous** là donc c'est bon
S : Non mais, vous êtes en ligne avec moi, là donc vous restez en ligne
H : Oui
S : La dame qui était dans le véhicule, elle est toujours dans le véhicule ?
H : Oui elle y est encore oui
S : Bon on arrive hein on arrive monsieur au revoir

La gravité manifeste du problème peut évidemment toucher le donneur d'alerte même lorsqu'il ne connaît pas les victimes. En outre dans cet appel, il est entouré de personnes, ce qui peut l'amener à devoir soigner son rôle vis-à-vis des stationnaires mais aussi – autre performance, autres attentes peut-être – envers le public co-présent, qui participe, en bruit de fond, et suit manifestement la conversation (tout en doublant l'appel au pompiers).

La différence tient peut-être alors aussi au fait que l'appelant dans ce cas précis, au contraire des deux extraits précédents, est dépêché par le collectif des témoins pour appeler les pompiers. Etre porte-parole désigné lui confère une responsabilité que les deux autres n'ont pas.

Dans l'appel suivant, déjà vu également, on trouve de même un certain degré d'investissement, à la fois suggéré par les pompiers et accepté par l'appelant.

Extrait 4 :

S : Les pompiers

H : Oui bonsoir c'est pour signaler qu'il y a un SDF qui est tombé de son banc il devait être allongé dessus sûrement et apparemment il a l'arcade bien ouverte et il sait plus trop où il est donc je pense qu'il a bu de l'alcool quand même y a sa bouteille à côté
S : Quelle adresse ?
H : Euh 12 rue des chantiers j'appelle d'une cabine […] juste à côté **je suis gendarme à la garde républicaine** […] Caserne Kellermann
S : (En aparté) Il aurait mieux fait de rester couché, le gendarme
S : Vous nous attendez à côté on arrive
H : d'accord très bien
S : Au revoir

L'appelant se trouve être lui-même un agent. Occupant statique et professionnel de l'espace public, il se distingue clairement du public, *a fortiori* si l'on se souvient de sa caractérisation par Joseph, relativement à d'autres figures de la présence dans l'espace public. Le fait de rester auprès du patient est ici d'autant plus accepté que l'agent est, de par son activité (posté dans une guérite), au côté du patient[329]. Notons qu'à la différence de la pharmacienne qui se proposait dans un appel précédent de faire ressortir de son établissement le patient en attente de secours, le gardien de la paix fait, lui, *mouvement* vers le patient en attendant les secours – micromouvement mais très significatif consistant à sortir de sa guérite pour attendre auprès de l'homme à terre. Si l'on insiste c'est que ce cas est exemplaire d'un conflit, ou d'une hiérarchisation, de devoirs qui s'imposent soudain à ce tiers : cet agent doit porter assistance, plus encore qu'un autre parce qu'il est agent public et gendarme, et ne doit, pour les mêmes raisons particulières, absolument pas quitter sa guérite.

Ce donneur d'alerte se situe finalement à la frontière entre le passant solidaire et le professionnel des secours. Cet appel nous conduit à établir une différence entre plusieurs catégories d'alerteurs anonymes (sans lien avec le patient), notamment selon qu'ils se positionnent comme *quidam* (« je passais en voiture ») ou en tant que professionnel (« je suis

[329] D'une part en tant qu'agent public et d'autre part en tant que gardien de la paix, son travail comporte justement des clauses concernant ses droits et devoirs à l'égard du public. Il s'agit donc ici d'un cas particulier : l'alerte donnée par un agent public doté de pouvoirs de police…

gendarme à la garde républicaine »). Regardons plus en détail ces différences de positionnement, et leurs effets.

1.4.2. Emergence d'une responsabilité territoriale

Lorsqu'on examine des appels passés par des inconnus (des gens qui ne connaissent pas personnellement le patient), une notion de *responsabilité* apparaît dès qu'il y a lien faible, en particulier lorsque l'appelant travaille dans l'endroit (définition extensible : le magasin, le service, l'entreprise, l'immeuble) où le problème survient. Nous allons voir que la mise en scène de la responsabilisation est partie intégrante de la manière dont des tiers s'adressent au 18 et présentent leur appel dans ces cas là.

L'absence d'une responsabilité perceptible de l'appelant à l'égard du patient est sans doute ce qui distingue les appels des « bons samaritains », de l'ensemble des autres appels. Le simple passant, s'il est seul, n'endosse pas de responsabilité en dehors du « devoir d'alerte ». Sous le regard d'autres personnes, en revanche, il s'investit davantage et s'il a avec le patient un lien ne serait-ce qu'écologique[330], l'alerte semble dictée par un sentiment de responsabilité différent de celui du passant : le lien, même le plus ténu, apparemment, *oblige.*

Cette idée nous parait importante pour éclairer, au-delà de cette recherche, les formes différentes que peut prendre la mobilisation publique face au surgissement d'un événement, selon les lieux, les cadres et les liens entre les personnes.

Dans les extraits d'appels passés depuis le lieu de travail, le donneur d'alerte se positionne non plus comme passant, mais comme professionnel confronté à un problème, à savoir le fait qu'une autre personne est en détresse. En d'autres termes, il y a comme une translation, le problème du futur patient devenant un problème pour le professionnel

[330] Voir pour cette partie et la suivante l'annexe «tableau des appels passés par des tiers, ouvertures ».

travaillant sur les lieux. Cette appropriation du problème du patient par le donneur d'alerte-professionnel apparait bien dans les extraits suivants :

Extrait 5 :

Stationnaire (S) : Pompiers, bonjours
Femme (F) : Oui, bonjours, euh, euh donc là **je suis sur mon lieu de travail**, **j'ai** une personne qui est en train de faire un début de crise de spasmophilie […] **qu'est ce qu'on doit faire ?** Les mains enfin elle a les poings serrés

Extrait 6 :
Femme : Ouiii, bonjour, voilà, **je suis assistante sociale**, à Fortville et **nous avons une personne** qui est, qui fait un malaise là actuellement, est-ce que vous pourriez la, venir pour l'emmener à l'hôpital
[…] Elle mange pas, on se demande si, sous produit, là lui a donné un truc avec de la menthe pour un peu la tonifier mais bon ça fait pas grand-chose, le sorbitol ça a rien fait non plus et là elle est d'accord elle est, pff elle en train de, elle est elle est sur le, sur le fauteuil et elle se liquéfie un peu, voyez, elle est vraiment pas bien elle est toute pale puis en plus elle a plein de problèmes sociaux qui, je dois dire l'arrangent pas. Si vous préférez je crois qu'il y avait un mélange des deux, des problèmes sociaux par dessus la tête plus un état physique

A la limite, le donneur d'alerte disparait même, escamoté par le cadre de l'incident et son appartenance à l'organisation où le problème a lieu :

Extrait 7 :
S : Les pompiers bonjour
F : Oui bonjour **c'est l'agence France-Télécom**, de Paris Diderot, **on a un problème** avec une personne qui a été frappée sur la ligne, qui est dans l'agence, qui est vraiment pas bien du tout, elle a elle a pris un coup.
S : C'est quoi votre adresse
F : Au visage […] C'est coupé. Donc seizième donc, […] agence France-Télécom ouais, il faut surtout qu'elle soit calmée parce que
S : Y a un étage dans l'agence ?
F : oui, vous passez directement à l'agence, de toute façon elle va elle va patienter là, hein **on va la, on va, on est avec elle, on patiente avec elle**

Extrait 8 :
Pompiers bonjour
H : Oui, monsieur bonjour, **une collaboratrice de la société** vient de faire une périte épileptique elle vient de faire, une crise à l'instant, ce sont des crises assez violentes
[…] **Mon service** se situe au troisième étage, **je fais prévenir notre hôtesse d'accueil** qu'on vous laisse un libre accès rapide bien sûr

On observe ici la prise de responsabilité de l'appelant face à l'événement : une amorce de prise en charge est faite sur place et les pompiers, s'ils en font partie, ne sont pas seulement

avertis. Ils s'inscrivent dans un continuum de premiers soins initié et en partie porté par le donneur d'alerte. Concernant ces diverses configurations, à nouveau, le concept de *knotworking*[331] éclaire cette formation de nœuds d'acteurs et d'activités autour, à cause et à partir du patient.

Se lit aussi dans ces extraits une tendance du donneur d'alerte à décrire les maux du patient et les mesures prises ou non jusque là et à dire ce qui a été fait. On peut penser concernant ce dernier point qu'il s'agit à la fois de montrer qu'on a essayé d'autres options avant d'appeler les pompiers et qu'on s'efforce de ou qu'on est tout prêt à « faire ce qu'il faut ».

1.4.3. Enjeux symboliques de l'interaction d'alerte

Dans l'acte de donner l'alerte s'expriment donc, au-delà du fait de secourir une personne, des enjeux interactionnels vis-à-vis du professionnel et le cas échéant, du public et du patient : enjeux notamment à être cru, légitime et adéquat.

Donner l'alerte, c'est en effet s'exposer à être jugé sur différents points de performance : la validité du motif, les initiatives entreprises jusque là et, selon les cas comme nous venons de le voir, les démarches à venir. Ainsi le simple passant, *a fortiori* l'automobiliste (appels 7, extraits 1et 2), ne s'implique pas dans la suite de la prise en charge et on exige peu de lui, à moins qu'il soit sous le regard d'un public (extrait 3). *A contrario*, dès qu'entre en jeu une notion de responsabilité, même territoriale, l'implication signalée par l'appelant (extraits 6 et 8), ou suggérée par le professionnel (extraits 4, 5 et appel 20), s'avère plus étendue ; elle court sur l'intervalle allant de l'appel à l'arrivée des pompiers.

[331] Y. Engeström, « Quand le centre se dérobe », *op. cit.*

1.4.3.1. S'exposer, interpréter

Le consensus autour de ce qui mérite un secours, de ce que doit faire le donneur d'alerte et de la façon dont il doit être traité est à la fois fragile et emprunt de malaise. Si le cadre technique de traitement de l'appel, comme nous l'avons montré dans notre première partie, est relativement solide (équipé et procédural), le cadre symbolique, moral et situationnel – qui permet de comprendre ce qui se passe ici et d'y prendre part à bon escient – est en revanche moins clair.

Si l'on distingue bien la structuration d'un cadre commun autour de l'appel au 18, elle reste ouverte. L'interaction de secours fonctionne, mais à travers une forme d'incertitude et de tension qui se répercute sur la manière d'y jouer son « rôle ». La situation peut comporter la définition d'un rôle à endosser : la démarche d'avertir les pompiers induit une prise de rôle déterminée, et un cadre fixant en partie conduites et limites.

> « En jouant un rôle, l'individu doit prendre garde au fait que l'impression qu'il donne de lui dans la situation soit compatible avec les qualités personnelles appropriées au rôle qui lui est imputé [...] Ces qualités personnelles [...] forment une idée du moi (*self-image*) à l'usage de celui qui endosse un rôle et donnent un fondement à l'idée que ses associés de rôle (*role others*) auront de lui. Ainsi, une identité (*self*) attend-elle virtuellement l'individu qui vient occuper une position; il n'a qu'à se soumettre aux pressions exercées sur lui pour assumer un moi prêt-à-porter (*ready-made me*) »[332].

Une certaine idée du professionnel responsable et du passant samaritain attendent finalement que quelqu'un les endosse. Parallèlement chacun plongé dans une situation d'urgence, peut puiser dans ce répertoire de rôles adéquats disponibles, pour autant qu'il se sente se capable de l'interpréter correctement. Car au-delà du rôle, on engage bien aussi sa face, dans ces démonstrations. Nous sommes ainsi conduits à nous interroger sur les positions mutuelles dans lesquelles chacun se trouve et est perçu, ce qui suppose d'élargir le questionnement aux définitions et évolutions des rôles et des places de chacun dans ces

332 A. Ogien, *Le remède de Goffman, op. cit.* (Nous soulignons).

situations. Comment se catégorise-t-on ? Comment se présente-t-on et quelles en sont les conséquences pratiques et symboliques ?

1.4.3.2. Donner l'alerte, une épreuve faite au self

E. Goffman parle de « soi situé » (*situated self* [333]) pour désigner le personnage social que l'on pense incarner aux yeux des autres dans une situation donnée. Si l'on exacerbe un peu la tension qui semble sourdre du côté de l'appelant et qui concerne, non pas la scène, mais son positionnement dans celle-ci, alors donner l'alerte convoque dans certains cas un « soi social ». Il peut être celui du bon samaritain, du collègue efficace, voire celui du bon père de famille, comme nous allons le voir. Ce soi social représente un enjeu : bien jouer son rôle, quels que soient la nature de ce rôle et le type de personnage que l'on se sent devoir endosser. Que l'enjeu engage ici la face[334] montre que l'alerte peut, parallèlement à l'épreuve vécue par le bénéficiaire des secours d'urgence, représenter aussi une épreuve sociale pour celui qui la donne : elle constitue une épreuve relativement à une « certaine idée » du rôle social qu'il est censé jouer dans une telle situation (le « soi social »).

Ces enjeux en termes de performance – l'enjeu de « bien dire » et de « faire venir » – peuvent amener le donneur d'alerte à tenter de se donner plus de poids. Dans l'appel suivant, où un employé appelle pour le malaise d'un collègue, on note ainsi la présence de nombreux aspects du positionnement du donneur d'alerte en milieu professionnel : depuis l'effort pour préciser le problème jusqu'à l'affirmation, pour renforcer sa parole, d'un hypothétique statut de pompier, en passant par plusieurs tentatives pour accélérer l'intervention des pompiers.

Appel n°5 malaise à la banque

[…]

[333] E. Goffman « la distance au rôle en salle d'opération », *op. cit.*

[334] Au sens goffmanien de « valeur sociale qu'une personne revendique à travers la ligne d'action qu'elle adopte au cours d'une interaction ». Voir I. Joseph, *Erving Goffman et la microsociologie,* Paris, PUF, 1992.

H : Euh est ce que vous pouvez intervenir pour euh, un agent qui a un malaise ?
S : quelle adresse ?
H : Un malaise urgent et un malaise cardiaque
S : Un malaise cardiaque. Vous êtes médecin ?
H : Non je suis, pompier
S : …
H : Je suis pompier, si vous pouvez intervenir euuuh d'urgence parce que il se sent pas bien et je crois qu'il […] Et puis ça lui prend dans la poitrine et puis il a le, il a le il a le, il fait, il fait de l'asthme un peu hein, et puis là il nous a fait un petit malaise ce matin, mais là il en fait un, euh, d'enfer hein
S : Il arrive à parler ?
H : Mais il parle il parle mais il nous répond plus là depuis depuis trois minutes il nous répond plus, alors euh je crois
S : Toujours conscient ou pas ?
H : Mais euh, tout juste
S : Conscient ou inconscient ?
H : Il est presque inconscient hein, si vous pouvez intervenir assez rapidement […]
S : J'ai essayé d'avoir des renseignements mais bon
H : Voilà je suis ici euh pour vous faire rentrer
S : Voilà,
H : D'accord, merci !

Le donneur d'alerte fait valoir ici un *statut* particulier, supposé à même de consolider ou de conforter sa crédibilité, sa force de persuasion, ou peut-être plus simplement sa « face »[335]. On le voit également assumer un rôle de *coordination* jusqu'à l'arrivée des pompiers : les « faire rentrer ». De même, dans d'autres appels, le donneur d'alerte affirme qu'il va « leur ouvrir », « les attendre en bas », « les emmener », etc. Cet aspect de l'interaction entre donneur d'alerte et pompiers est très courant, si l'on excepte le cas du bon samaritain « qui passait par là » et ne se sent pas tenu de rester sur les lieux. Qu'est-ce qui pousse ainsi certains appelants, peu ou pas liés au patient, à s'investir, même minimalement, et les distingue alors des passants ? En quoi le fait de partager des lieux peut-il notamment intervenir dans le degré d'engagement des tiers?

[335] En l'occurrence, s'affirmer pompier décrédibilise plutôt l'appelant, et ce, d'autant que « tout juste » n'apparaît pas comme une réponse pertinente face à la question « conscient ou pas ? ».

Nous avons mobilisé, dans les pages précédentes, le terme de territoire en puisant dans le vocable goffmanien. Le partage d'un espace délimité, à l'opposé d'un espace public par définition ouvert, créerait un premier niveau de lien, à partir duquel un degré d'obligation – ou de sollicitude ? – se nouerait presque automatiquement, au ras de la dimension territoriale : ce qui s'y passe regarde, finalement, des copropriétaires symboliques. Au travail, donner l'alerte et accompagner la prise en charge relèverait d'un sentiment de responsabilité à l'égard de ce qui se passe sur « son territoire ». Le « lieu de travail » constituerait ainsi un périmètre à géométrie variable parmi les « territoires du moi » d'E. Goffman : ces espaces, ces objets et même ces idées vis-à-vis desquels nous nous comportons en propriétaires, et qui nous amènent à éprouver un sentiment d'intrusion lorsqu'un étranger y pénètre.

Une autre piste, déjà évoquée, est relative au contexte, celui d'un « autrui généralisé »[336] constitué par les collègues, que l'on est, de surcroit, appelé à fréquenter quotidiennement, et vis à vis desquels il s'agit de soigner l'image de soi donnée dans l'épreuve. La crise peut aussi constituer une occasion de se mettre en valeur, ou du moins cherche-t-on à ne pas donner une mauvaise image de soi lors de cette occasion où chacun observe ce qui se passe et comment chacun réagit. Ainsi, l'appel aux services de secours peut être saisi, dans une perspective goffmanienne, comme une épreuve publique faite, justement, au *self* des tiers.

Prendre en considération le poids du public, et l'effet de la présence de témoins sur le cours de l'appel, conduit à isoler dans notre corpus d'appels un autre cas de figure faisant intervenir le public : les appels passés par un « collectif », soit au nom d'un groupe, soit pour un tiers. Cela va nous permettre d'approfondir la question posée par l'engagement du donneur

[336] Selon le terme employé par G. H. Mead pour désigner la référence au groupe de référence, *in* G.H. Mead, *L'esprit, le soi, la société*, Paris, PUF, 1963.

d'alerte sur son lieu de travail : en quoi le groupe joue-t-il un rôle dans l'alerte adressée aux services de secours ?

1.5. Les appels « groupés » et le tiers-partie-prenante

Les appels impliquant plusieurs tiers, voire une multitude, sont très courants. Ils peuvent être regroupés en deux catégories : les appels concernant un groupe, et ceux relatifs à un tiers pour lequel un groupe se mobilise.

1.5.1. Demande de secours pour le groupe

Considérons les appels concernant un groupe précis, en difficulté. Tel est typiquement le cas de l'alerte au sujet d'un ascenseur en panne enfermant plusieurs personnes. Comment celui qui appelle se positionne-t-il vis-à-vis du reste du groupe ? Comment ce positionnement intervient-il dans sa manière même de composer son « récit » ?

Appel n°28 : le monte-charge
S : Les pompiers
G : Oui s'il vous plaît **on** est coincé dans le monte-charge, l'ascenseur, **on** a appelé la société mais ils viennent plus donc comme **ma mère** elle est malade, elle a peur tout ça
S : Elle est quoi ?
G : **Y a ma mère et une personne âgée,** et ma mère et elle sont malades et elles ont peur et depuis tout à l'heure donc je préfère vous appeler parce qu'on a appelé la société c'est marqué un numéro ici, mais il est parti de Puteaux, il vient de partir maintenant
S : Ben faut que vous attendiez monsieur encore hein
G : Vous pouvez rien faire, non ?
S : Ben c'est à la société de dépanner hein
(L'appelant raccroche)

D'abord, notons que l'on retrouve dans cet appel de nombreux éléments relevés plus haut dans les cas d'appels passés par des tiers non-passants : la légitimation de l'appel par un récit des initiatives prises pour éviter d'appeler les pompiers, une description plutôt détaillée

du problème, et une manifestation du degré d'engagement personnel auquel est disposé le donneur d'alerte.

Nous voyons, en outre, que l'appelant se fait le porte-parole de plusieurs personnes et met l'accent sur leur vulnérabilité (deux femmes, malades) plutôt que sur la sienne. Insistant sur leur détresse, pour accroître leurs chances d'être secouru, il se fait l'avocat du groupe, au-delà du rôle de « donneur d'alerte » : il poursuit, à travers le signalement donné aux pompiers, un objectif collectif, *a contrario* du simple passant relativement indifférent aux suites données, ou non, par les pompiers à son appel. Dans ce cas, on voit bien qu'il s'agit plus d'obtenir une intervention que de signaler un risque. On pourrait ainsi distinguer, à côté d'appels informatifs, des appels performatifs, dont les appels « à porte-parole » font partie.

1.5.2. Demande de secours au nom d'un collectif

Dans certaines situations, un groupe de témoins émus se sent devoir « faire quelque chose et se tourne, à tort ou à raison, vers les pompiers. Un cas récurrent est celui du « chat perché » dans un arbre, autour duquel se rassemblent alors passants, voisins et promeneurs. Les miaulements désespérés du chat et la formation d'un groupe attirent de plus en plus de passants, si bien que le groupe se maintient dans le temps, avec des passants qui repartent et d'autres qui arrivent. Nous présentons un exemple où s'enchainent pas moins de quatre appels successifs – dont deux sont reçus par le stationnaire que nous enregistrions. Que se passe-t-il, en termes de relation de secours, au fil de ces échanges ? Qui essaie de faire quoi ? Comment chacun se place-t-il et tente-t-il de circonscrire l'autre dans ce qui devient, au fil des appels, une véritable et âpre négociation ?

Appel n°13 chat perché 1 :
S : Pompier bonjour
F : Oui bonjour monsieur, voilà je suis euh dans une rue là sur Noisy-le-Grand et il y a un chat qui est grimpé dans un arbre depuis cet après-midi et apparemment il a

beaucoup de difficulté à redescendre, il tremble de tous ses membres, est-ce que y a possibilité d'avoir une intervention ?
S : Ah on n'intervient pas pour ce genre de chose madame, il va redescendre tout seul l'animal
F : Vous croyez ?
S : Tout à fait
F : Oui, **vous êtes sûr ?** il va pas tomber après ?**parce que là** il est complètement tétanisé hein !
S : Il faut le laisser tranquille madame
F : Oui, vous croyez ?
S : Oui une fois que vous l'aurez laissé tranquille il en aura marre il redescendra
F : Ah **je suis pas sûre de ça** mais enfin bon**,** si vous le dites…**écoutez,** moi…
S : On a un petit peu l'habitude hein
F : Oui, bon **ben écoutez, vu ce que vous, parce que là** il tremble de tous ses membres il est
S : Oui mais
F : Il est **vraiment**, il a **les voitures** là pas très loin en plus qu'il entend et moi **vraiment** je ne sais pas, **pauvre petit père là,**
S : Vous inquiétez pas il va redescendre madame
F : Très bien ben écoutez je vous remercie beaucoup, hein
S : Je vous en prie
F : Au revoir

Appel n°14 chat perché 2 :
S : Oui les pompiers
Jf1 : Bonjour, oui on vous a déjà téléphoné
S : Pour ?
Jf 1: Pour euh… on a vu un chat ce matin
S : Un quoi ?
Jf1 : Coincé sur un arbre, depuis ce matin il est là et **il y a beaucoup de monde** et, **on vous a déjà téléphoné** et vous avez dit que vous vous déplacerez pas pour ça, **mais vous faites votre métier, alors vous venez, hein !**
S : Oui **mais**, j'ai déjà eu une dame tout à l'heure
Jf1 : Oui
S : A qui j'ai expliqué que l'animal, il fallait le laisser tranquille
Jf 1: Mais il ne peut PAS descendre, l'animal ! il est accroché aux branches
S : **Mais** vous inquiétez pas, il va redescendre l'animal, hein
Jf1 : **Mais** ! **Mais non,** il va pas redescendre, il est là depuis ce matin. **Il serait déjà tombé** hein, il serait déjà descendu hein !
Jf 2 : Madame ?
Jf1 : Non c'est
Jf2 : Monsieur ?
S : Oui
Jf2 : Euh non **mais** depuis ce matin le chat il est coincé entre les branches
S : Oui
Jf2 : Hein ?
S : Je sais
Jf2 : Oui, **il peut pas se débloquer**, et **depuis ce matin** hein
S : Oui

Jf2 : Et je sais pas il faudrait le débloquer je sais pas moi, **sinon il va mourir, hein**
S : Non, vous inquiétez pas un chat ça meurt pas comme ça
AJf2 : **Mais** il est bloqué je sais pas, **si il tombe il tombe**
S : Bon, alors
Jf 2: Il tombe pile au rez là, à la raie
S : Je vais le redire, je vais répéter, on n'intervient pas pour ce genre de chose, l'animal vous le laisser tranquille, d'accord ? Et je vais vous laisser parce que j'ai des appels un petit peu plus urgents en attente
Jf 2: Faites votre métier putain !
S : Allez, au revoir

Dans ces appels, l'appelant parle au nom d'un groupe, mais d'un groupe « opportuniste » (constitué au hasard d'une circonstance mobilisatrice) et très « concerné » (les appelants ont un objectif précis, l'appel est finalisé, il ne s'agit pas simplement de *signaler*, mais de *faire faire*), très désireux d'obtenir l'aide des pompiers. Dans ces situations, il s'agit de rassemblements[337], très fluctuants et à géométrie variable, plus que de groupes dont on se reconnaitrait « membre ». Ces collectifs spontanés, créés autour d'un événement mobilisateur, sont susceptibles de gonfler indéfiniment ou de se dissoudre par le seul passage du temps. Un arbre ou un poteau tombé, un chat perché, sont les cas typiques autour desquels se créent de tels rassemblements, amenant l'une des personnes présentes à alerter finalement un service de secours. Le chat perché, par exemple, mobilise de bons samaritains qui s'attirent, se reconnaissent, se motivent et ainsi un groupe solidaire se forme à partir de ce qui n'était qu'un « rassemblement ». On n'a plus affaire à un tiers, mais à un collectif certes « accidentel » mais organisé, qui confère, et tente les stratégies qu'autorise le regroupement.

Les deux appels nous montrent comment d'autres personnes encouragent, soutiennent et appuient le récit de celui qui se porte volontaire pour appeler. Fort du soutien du groupe face à un probable refus, il peut utiliser le changement d'interlocuteur, ou tenter l'intimidation en jouant de l'effet de nombre. Ces appels sont d'ailleurs assez longs, surtout pour des appels qui

[337] Au sens de situations de coprésence dans l'espace public, sans préjuger des liens éventuels entre les participants. Cf. les *gatherings* chez E. Goffman, surtout dans *La mise en scène de la vie quotidienne t.2, Les relations en public* qui reprend notamment l'ouvrage *Behavior in Public Places: Notes on the Social Organization of Gatherings,* Free Press, 1963.

n'aboutissent pas à une intervention : les appelants tentent différentes approches, argumentent et ne s'en tiennent nullement à l'« avis d'expert » que leur oppose le pompier.

Dans ces regroupements, les appelants connaissent l'historique institutionnel du mini-drame : ils savent, en l'occurrence, qu'un pompier a déjà refusé d'intervenir. Ils rappellent, en sachant que le motif est tendancieux, et ont donc préparé des parades plus ou moins aiguisées, ou bien ils espèrent simplement qu'un pompier ignorant de l'historique, et plus compréhensif que le précédant, décrochera. Le rappel est en soi un acte qui marque l'entrée dans la négociation et, potentiellement, dans le conflit. Les arguments et les parades sont nombreux. Après l'échec du premier appel, le deuxième appelant assume parfaitement la situation de controverse et le désaccord ouvert quant au diagnostic. Il oppose à cet argument d'expérience (« il va redescendre, on a un petit peu l'habitude »), différents contre-arguments : le poids du nombre (« il y a beaucoup de monde »), la logique (« il serait déjà descendu ») l'observation (il est coincé dans les branches, il peut pas se dégager »), son insistance et enfin la ressource du collectif (changement d'interlocuteur en cours de négociation), au point d'obliger le pompier à clore lui-même l'échange.

Il est intéressant de noter que le refus du pompier n'est pas motivé par la capacité ou non du chat à descendre, mais par le refus de sauver un *chat*. L'appelant joue sur cet implicite, difficilement énonçable sans choquer l'assistance émue, en argumentant sur la réalité du danger pour le chat, non sur son droit à être secouru par des pompiers.

Nous sommes donc face à une catégorie bien particulière de tiers : le *collectif occasionnel insistant*. Il présente des similitudes avec certains groupes, rares, d'inconnus accompagnant un patient aux urgences, en particulier des groupes de jeunes gens ou des camarades de boisson, qui font corps autour du blessé. Il manque toutefois la dimension de négociation, même si s'observe bien un potentiel d'agitation, sinon de désordre, redouté par le

personnel, qui tente alors autant que possible de disperser ce collectif et de le maintenir en dehors du boxe, le cas échéant. Quant au caractère insistant d'un groupe, on trouve aussi ces situations dans les services d'urgence, lorsqu'un patient est accompagné d'une famille nombreuse (plus de deux), qui interpelle les professionnels pour obtenir que le patient soit examiné plus vite ou dans un meilleur confort. En pareil cas, les professionnels tendent à séparer le groupe et à ne laisser qu'un accompagnant dans le box au côté du patient.

Nous pouvons remarquer que ces appels témoignent d'un rapport au bénéficiaire potentiel des secours qui est, au-delà d'une aide, un rapport de «défense ». Il ne s'agit plus seulement de se faire le relai d'un problème ou d'une détresse auprès des services compétents, mais de défendre le droit du bénéficiaire à être secouru.

Pour en revenir au cas des appels insistants, il s'agit alors plutôt de tiers s'investissant d'une mission de défense d'autrui contre l'institution, dans un rapport eux/nous qui oppose volontiers l'individu à l'administration sous-jacente, la chaleur à la dépersonnalisation, ou encore l'empathie à l'indifférence. Toute une dialectique de l'homme contre le système s'actualise ainsi d'une façon particulière dans ces rapports de défense. Finalement, c'est alors à une *chaine de tiers* que le pompier a affaire. L'appel étudié met ainsi en évidence un cas intéressant de tiercéité, où un tiers, puis plusieurs, doivent défendre le droit d'un autre à être secouru. Il montre un emboitement particulier de tiercéités, en même temps que de mobilisations « altruistes », autour non plus d'une *demande* faite par la personne en détresse, mais de sa détresse, directement mobilisatrice, et poussant des tiers (les passants) à mobiliser d'autres tiers (les pompiers).

Dans le cadre professionnel, nous l'avons noté, l'appelant tend à s'effacer derrière sa fonction, son entreprise, ou son service. Quant au costume de « donneur d'alerte compétent », il engage manifestement, dans les cas présentés, des objectifs divers : être précis, complet, amener les pompiers à prendre au sérieux la demande, à accepter de se déplacer et, enfin, à se

dépêcher, etc. L'étude des deux sortes d'« appels groupés », avec des tiers déterminés à obtenir un *résultat*, ajoute enfin une dimension potentiellement performative – faire faire une chose précise – de la part de tiers qui peuvent ainsi être non plus seulement des donneurs d'alerte, mais des groupes de pression circonstanciels.

Autrement dit, nous voyons que raconter ce qui se passe engage autre chose que simplement informer les pompiers : un « positionnement social » (de bon samaritain, de bon collègue, de professionnel responsable), une « performance technique » (donner toute l'information et seulement ce qui est pertinent, dans un temps minimum[338]) et un « résultat performatif » (faire venir les pompiers, voire ne pas les faire venir comme dans l'appel n°1, et accélérer leur venue). Ce troisième point n'est qu'esquissé dans le cas des appels groupés. Comment, plus précisément, la nature de la demande apportée par un tiers s'exprime et joue sur le tour de l'échange ?

1.6. Les appels performatifs et l'intentionnalité du tiers

En comparant les appels de passants et ceux passés pour un groupe, nous avons donc pu mettre en évidence deux catégories de demandes, les unes *diagnostiques*, les autres *pratiques*. Si les deux peuvent être contenues dans un même appel, elles sont aussi parfois distinctes.

L'appel suivant donne à voir un entrelacement des deux dimensions :

Extrait 13 :
S : Pompiers j'écoute
F : Oui monsieur **dépêchez-vous** j'ai le feu chez moi, monsieur ! […]
S : Vous avez éteint la cheminée ?
F : Non non on peut même pas éteindre **je sais pas qu'est ce que je dois faire** […]
S : Vous éteignez dans un premier temps

[338] Sur les contraintes et conditions idéales de la communication, voir notamment les maximes du discours de H. P. Grice (quantité, qualité, pertinence de l'information et manière de la transmettre) dans une conception coopérative de l'échange (auquel on coopère pour faciliter la communication) *in*, H. P. Grice, « Logique et conversation », *Communication*, 30, 1979.

F : Hein ?
S : Vous éteignez le feu qu'il y a dans la cheminée
F : Comment je vais faire ? !
S : Avec un seau d'eau !
F : Un seau d'eau ! prends un seau d'eau, renverse là. On a éteint là […] **dépêchez v'**

L'appelante veut très clairement et explicitement que les pompiers viennent : non pas que le feu soit éteint (résultat), mais qu'ils viennent (performatif). Pour le pompier, ce qui importe (et en toute hypothèse aussi pour l'appelante, mais ce n'est pas ce qu'elle demande) est d'éviter que tout ne brule. Un deuxième niveau d'objectif, éteindre le feu, vient ainsi s'ajouter au premier et, de fait, il pourrait le remplacer. Une fois le feu éteint, les pompiers ne sont en effet plus nécessaires. Toutefois, face au désarroi de l'appelante, le stationnaire envoie, afin de s'assurer que le feu est effectivement éteint et qu'un feu secondaire ne s'est pas déclaré dans le conduit de cheminée. L'appel « diagnostic » ne demande rien. L'appelant décrit ce qui génère son appel : il livre un récit, laissant au stationnaire le rôle de l'interpréter et surtout de déduire quoi dire, et quoi faire. *A contrario*, l'appel pratique vise une intervention précise, non un diagnostic. Il est dit « performatif »[339] parce qu'il vise à faire agir les pompiers dans le sens voulu par l'appelant[340]. Il correspond à des appels dans lesquels une demande est explicite :

« Est-ce que vous pourriez la, **venir pour l'emmener à l'hôpital**»
«Ben euh (raclement de gorge), parce que en fait elle sait qu'elle a un médicament à prendre mais bon elle l'a pas, mais bon euh, **vous pouvez pas obtenir** euh ? »
« Euh **est ce que vous pouvez interveni**r pour euh, un agent qui a un malaise ? Il est presque inconscient hein, si vous pouvez intervenir assez rapidement »
« La porte est fermée et mes clefs se retrouvent à l'intérieur pour l'instant elle dort depuis quatre heures moins cinq (sanglots contenus) en sortant pour les poubelles, elle est toute seule quoi, je pars chercher la grande, je suis déjà à son école à quelques pas de là-bas, **est-ce qu'on peut se rencontrer là bas dans quelques minutes** ? »
« Ça va pas, alors **ce qu'on vous demande,** si vous pouvez jeter juste un coup d'œil »

---

339 Au sens des énoncés qui font agir (les ordres par exemple), en référence à J. L. Austin, *Quand dire, c'est faire*, *op. cit.* Voir A. Borzeix, « Ce que parler peut faire », *Sociologie du travail*, n° 2, 1990.

340 L'intention peut venir de l'appelant, du groupe ou même du patient, comme dans l'appel n°1 où la patiente voulait obtenir un médicament et non un séjour aux urgences, ce que l'appelante, peu convaincue, a dû tenter de négocier avec des pompiers sceptiques. Voir dans la partie 1, la sous-partie consacrée aux trilogues.

« Oui bonjour monsieur, voilà je suis euh dans une rue là sur Noisy-le-Grand et il y a un chat qui est grimpé dans un arbre depuis cet après-midi et apparemment il a beaucoup de difficulté à redescendre, il tremble de tous ses membres, **est-ce que y a possibilité d'avoir une intervention** ? »
« On vous a déjà téléphoné et vous avez dit que vous vous déplacera, vous déplacerez pas pour ça, mais vous faites, vous faites votre métier, **alors vous venez**, hein ! »
« C'est que, vous voulez pas nous ouvrir la porte ? »
« Oui monsieur **dépêchez vous** j'ai le feu chez moi, monsieur ! »

Ces appels visent généralement non pas une expertise mais une action, intègrent le risque de l'échec et engagent diverses stratégies pour augmenter les chances d'aboutir. Le refus étant anticipées, ils peuvent être dès le départ « sur la défensive », comme dans les cas 14 et 17.

Au contraire, les appels « diagnostics » attendent tout : une évaluation de la situation et une marche à suivre. On a un récit, qui peut être ému, mais la réponse attendue est en quelque sorte avant tout verbale : l'appelant compte sur le pompier pour lui dire quoi faire, pour prendre en charge la fonction décisionnelle et la direction des opérations, comme dans les cas 15 et 16. C'est à ce niveau que véritablement, la problématique de la tiercéité de l'appel au secours rencontre l'analyse de l'interaction lors de l'échange avec les professionnels.

A travers ce type d'appel, nous identifions des situations où un inconnu non seulement repère et signale aux pompiers une personne en détresse ou une situation d'urgence, mais encore, prend fait et cause pour ce bénéficiaire éventuel, s'autosaisit comme *allié et défenseur,* et a *in fine*, poursuit en appelant le 18 des objectifs devenus personnels.

En d'autres termes, le tiers donneur d'alerte peut être animé d'intentions nées de son appréhension de la situation et qui le conduisent à être non seulement une vigie mais aussi un acteur, partial.

1.6.1. Faire appeler

Les appels à visée plus fortement performative mettent en jeu des stratégies rhétoriques spécifiquement orientée vers le résultat espéré. Considéré sous cet angle, notre corpus d'appels permet de repérer un phénomène courant : l'orientation stratégique ne concerne pas seulement la manière de présenter la demande, mais le choix même de l'appelant. Le groupe désigne un appelant et éventuellement, prépare l'appel avec lui, le fait répéter, l'entraine… Le groupe semble ainsi considérer que la décision du pompier peut dépendre non pas seulement du motif, c'est-à-dire du message émis, mais bien aussi de l'émetteur lui-même. Dans notre corpus, le plus courant est de faire appeler des enfants. Ainsi dans les appels n°17, 28 et 14, c'est un enfant qui appelle, alors qu'un adulte se trouve près de lui, pour tenter d'obtenir l'ouverture d'une porte, le dépannage d'un monte-charge et le sauvetage d'un chat perché. Dans deux cas sur trois, il s'agit d'un second appel, après qu'un adulte ait essuyé un refus et pour le chat comme pour la porte, l'adulte reprend le combiné dès lors que l'échange se prolonge ou qu'il faut négocier.

1.6.2. Quand le tiers décide

L'appel suivant présente un appel performatif, mais d'un genre un peu particulier. L'appel, réalisé au nom d'un tiers, fait intervenir des positionnements assez différents :

Appel n° 21 détresse respiratoire à distance :
S : Pompier j'écoute
D : Oui bonjour monsieur, je vous appelle là parce que je viens de recevoir un coup de téléphone de de de de d'une personne proche de la famille qui est toute seule actuellement à la maison et qui a euh quelque chose au point de vue bronche, ou respiratoire, et qui me dit **qu'elle est en train d'étouffer,** et je voudrai, **est-ce que c'est possible que vous alliez la, la secourir ?**
S : Et cette personne elle vous a parlé quand même au téléphone
D : Oui elle m'a parlé oui
S : A quelle adresse est-elle ?
D : Alors 23 rue d'Ulm

S : 23 rue ?
D : 23 rue d'Ulm, le code c'est AB3
S : A Paris ?
D : A Paris oui non mais moi je suis dans le treizième **je suis pas à dans chez cette personne**
S : l'adresse de la personne ?
D : Alors 23 rue d'Ulm
S : c'est qui ?
D : Chez monsieur Nart, N.A.R.T.
S : Rue d'Ulm
D : Oui oui non excusez moi, rue d'Ulm
S : C'est à quel étage ?
D : Euh c'est au quatrième
S : Y a un code d'accès ?
D : Oui il y a un code d'accès, c'est le AB3 A comme Armand, B comme Bernard trois, comme… deux plus un
S : Et elle s'appelle comment cette personne ?
D : Corbeau, C.O.R.B.E.A.U.
S : Corbeau hein ?
D : Oui, Corbeau comme un corbeau
S : Comme un corbeau oui
D : Voilà et alors cette personne qui est déjà allée à l'hôpital y a pas longtemps à cause de ça on l'avait mise sous oxygène
S : Oui
D : Mais là il m'appelle en détresse et **moi je peux pas bouger ce soir** parce que j'ai mes enfants et mon mari n'est pas là
S : Il a quand même pu vous appeler
D : Oui, il a quand même pu m'appeler, mais je crois qu'il a vraiment du mal à respirer
S : Bon on arrive madame, hein ?
D : Bon ben écoutez **vous le trouverez seuls,** hein, parce que moi, je suis pas sur place hein
S : Très bien, au revoir madame
D : Au rev…
(Il a raccroché)

Il s'agit ici pour l'appelant de faire intervenir les pompiers à sa place. L'appel est donc chargé d'un enjeu personnel secondaire, visant à « faire faire ». C'est également un tiers-décideur qui s'exprime là : l'appelant prend, à la place du patient, et à distance, la décision de faire venir les pompiers, et il les appelle. Le tiers appelant, bien qu'il ne soit pas même co-présent, a la main sur toute la séquence d'appel et de prise en charge ; il est l'orchestrateur de l'ensemble de la situation : on voit là l'importance que peut prendre un tiers, même absent, dans une situation d'urgence et sa prise en charge.

A nouveau, l'intervention d'un tiers met en évidence, et en même temps élabore, un découpage des éléments de la situation en différentes fonctions portées par divers acteurs : la fonction décisionnelle (appeler ou non les secours) et la fonction informationnelle (expliquer la situation et la pathologie), sont endossées par le tiers appelant, tandis que les stationnaires ont une fonction diagnostique, et les pompiers intervenants, une fonction opérationnelle. Au-delà, le patient aura finalement signalé un problème, laissant au tiers le soin de l'étape diagnostique, qui s'est traduite par la décision d'appeler les pompiers. Cette variante des appels diagnostiques au 18 nous indique un rôle important des tiers, qui peut être d'évaluer pour autrui l'opportunité d'appeler au non les pompiers. Relativement aux cas précédemment évoqués, la différence tient à cette fonction de décision.

Dans les autres appels passés par des tiers, la question de savoir qui décide d'appeler les pompiers n'est pas tranchée. On peut penser soit que le patient est inconscient, soit qu'il est conscient et a lui-même participé à la décision. Mais cet appel particulier nous montre un tiers qui décide en lieu et place du patient. En d'autres termes, parmi les « appels pour » endossés par le personnage du tiers, il nous faut distinguer les appels « porte-parole », donnés au nom du groupe ou du patient et en accord, voire en trilogue avec eux, et les appels « à la place de » passés au sujet d'un patient dont on ne tient pas compte du jugement éventuel, qu'il soit absent, inconscient, délirant ou simplement ignoré. L'appel d'un tiers sans en référer au patient correspond à la plupart des appels passés par le passant automobiliste, qui ne s'arrête pas pour demander à la victime si elle souhaite qu'il appelle les pompiers : il décide d'appeler, seul, et tout en roulant.

L'appel du passant au sujet d'une victime à secourir sans lui demander son avis vient à la fois nuancer l'image simmelienne d'une société urbaine jalouse du respect de la vie privée

de voisins anonymes[341] et pointer la façon dont l'appel anonyme au 18 facilite, en la déléguant, ce qui est aussi une intrusion dans la vie privée des personnes « signalée ».

1.6.3. L'inclinaison à agir pour autrui en question

Le tiers, tout un chacun, proche ou inconnu, prend des décisions pour autrui, à sa place et sans son accord. Cela signifie qu'une partie de la notion de *secours* repose finalement sur des initiatives « intrusives », « directives » et non individualistes. Si l'on prend en compte les développements d'E. Goffman sur l'indifférence civile et le respect réciproque du territoire du *self*, la détresse représente la limite de ces principes d'interaction ordinaire, où, justement, tout est normal. L'étude des appels au 18 révèle une tendance des tiers à s'impliquer et à s'imposer face à ce qu'ils analysent comme une situation d'urgence. Nous sommes loin alors des critiques contre des citadins toujours trop pressés, indifférents aux malheurs de leur prochain. Les remarques de C. Gayet-Viaud sur le ressort de la difficulté du passant à donner face au mendiant coïncident à nouveau avec nos observations : la sociabilité ne souffre pas d'un manque d'attention, ni d'un excès d'indifférence, mais plutôt d'une incertitude sur la manière d'exprimer et de doser sa disposition au don/contredon. Le 18 fournit un cadre et un outil très maniable pour celui qui constate un besoin, et il est utilisé, voire instrumentalisé, pour porter et surtout *faire porter* secours.

Lorsque le tiers devient porte-parole, défenseur ou allié de circonstance du patient, il se saisit finalement du 18 comme d'une ressource pour *atteindre ses propres objectifs liés au sort du patient*. Si nous forçons le trait, les pompiers sont alors mis au service non plus du patient par tiers interposé, comme dans le cas du bon samaritain, mais bien du tiers défendant

[341] Sur l'attention civile mutuelle, voir A. Caillé, *Anthropologie du don*, *op. cit.* et P. Pharo, *Le civisme ordinaire… op. cit* ; sur les dangers de l'attention publique, on repense à I. Joseph, *Le passant considérable, op. cit.*

son propre objectif, qui est de faire intervenir les pompiers. Le rapport de tiercéité peut donc s'associer à un rapport de parti-pris et d'engagement volontariste.

Les pompiers incarnent-ils alors finalement un *outil du tiers* pour réaliser l'entraide ?

Conclusion

Dans cette partie, nous avons abordé les situations de secours d'urgence à partir d'une deuxième figure du tiers - le passant (et plus largement, le tiers donneur d'alerte lorsqu'il ne fait pas partie de l'entourage du patient). L'étude des appels passés au 18 nous a permis de mettre en évidence plusieurs positionnements et de degrés d'engagement. Ceux-ci semblent liés en particulier à trois variables : le rapport de responsabilité que le tiers entretient avec la personne pour laquelle il appelle les secours, l'importance qu'il prête, selon les cas, au résultat de son appel, enfin le « contexte » [342]. Celui-ci permet d'interpréter la scène, c'est-à-dire, non pas de lui donner sens, mais de savoir *comment* y faire ce que l'on pense devoir y faire. La présence ou non de collègues ou de témoins, va ainsi, par exemple, dicter dans certains cas le *style* de la performance.

S'agissant de l'alerte comme *récit*, et du donneur d'alerte comme *informateur*, le problème tient assurément pour partie à la capacité de délivrer des informations utiles, d'une manière utilisable par les professionnels, et à la capacité des professionnels de susciter et de soutenir un discours utile et le plus exhaustif possible, tout en le jaugeant en tant que

[342] Cf. N. Raulet-Croset, sur la notion de contexte chez Girin et Goffman : « Dans la définition de Jacques Girin, le contexte, s'il permet l'interprétation, la signification, est aussi très lié à l'action : *« le contexte ne fonctionne pas seulement comme système de signification, mais simultanément – indissolublement – comme système d'évaluation, et donc aussi (bien que l'on puisse se demander s'il faut ou non dissocier les deux) comme système d'action »* (Girin 1990b, p 69) » Raulet-Croset N., « cadrages » in Denis Bayart, Anni Borzeix, Hervé Dumez (eds) *Langage et organisations. Sur les traces de Jacques Girin*, Editions de l'école Polytechnique, 2010, p.237-251.

ressource pour doubler son « dire » d'un « faire » efficace, à distance. Mais d'autres facettes se sont également révélées déterminantes pour saisir ce qui se passe dans l'appel au 18 passé par un tiers, en particulier l'*ordre de l'interaction*[343] et la manière dont le tiers-appelant expose sa face et son « soi social » *en tant que tiers*, la nature de la demande, plutôt *diagnostique* ou *performative*, et les *intentions* du donneur d'alerte. Ce simple constat est d'une portée considérable pour éviter le piège qui consisterait à interpréter l'efficacité des appels en termes de motif et de qualité de l'information factuelle.

Le fait que l'appel au 18 soit passé par un tiers (hors entourage) ainsi que la manière de situer cette démarche et de s'y engager, selon qu'on est passant, collègue, ou commerçant par exemple, vient alimenter une pensée de la sociabilité et des rapports d'interrelation, d'interdépendance, voire de responsabilité réciproque. Ceux-ci s'actualisent en effet en toute pragmaticité lorsque survient un problème qui met autrui en danger dans l'espace commun.

La portée du geste du passant est civique. En donnant l'alerte, il participe sur un mode mineur à la préservation d'un ordre civique (I. Joseph[344]) ou public (J. Dewey[345]). A travers ce type de porter secours, anonyme, se jouerait peut-être une forme essentielle de société à travers l'expression d'un civisme ordinaire.

Nous avons laissé très largement de côté dans cette section les appels concernant les proches, en particulier les appels de parents concernant leur enfant, afin de nous concentrer sur l'appel « en tiers », en tant que personne extérieure prenant l'initiative de prévenir les secours. Le cas de l'entourage est différent, faisant intervenir d'autres problématiques spécifiques, et notamment la dialectique éminemment triadique de la fusion et de

---

[343] Cf. E. Goffman, « L'ordre de l'interaction », *Les moments et leurs hommes, op. cit.*

[344] Cf. I. Joseph, Le passant considérable…, op. cit.

[345] Cf. Dewey J. *Œuvres philosophiques, tome 2, le public et ses problèmes*, (ss dir. Jean-Pierre Cometti, Traduction Joëlle Zask), Verdier, 2003.

l'interposition, et la répartition des activités du *care* et du *cure,* que nous allons aborder dans la partie suivante.

Nous consacrerons donc la prochaine section à l'entraide et la prise en charge *entre proches,* et au-delà de l'alerte, à l'accompagnement dans les services d'urgence, étape suivante dans le parcours de secours du patient… Nous reviendrons alors dans une dernière partie sur l'analyse des modes de réalisation de ce qui apparaît bien comme un principe social de secours à travers une mise en perspective des engagements professionnels, anonymes, familiaux, publiques et privés autour des situations d'urgence et de secours.

2. LE PARENT

De même que l'appel d'urgence suppose un donneur d'alerte, la présentation aux urgences fait souvent intervenir un accompagnant. Dans le cas des urgences pédiatriques, il s'agit presque toujours d'un parent de l'enfant malade ou accidenté. Si la figure du parent, comme celle du donneur d'alerte, participe au récit inaugural supposé mobiliser les secours, elle intervient aussi en continu autour de l'enfant. Dans de nombreux cas, le même tiers-parent se charge en effet de l'alerte puis de l'accompagnement : il se sent investi de la responsabilité de faire venir les secours, puis de celle de faire soigner l'enfant. Ainsi, le parent incarne un élément permanent au sein du trio qu'il forme avec l'enfant et les professionnels, et ce, de l'alerte au soin, du pompier au médecin des urgences.

Nous allons nous pencher sur la manière dont le parent intervient dans ce que l'on appelle en France la « prise en charge ». Si la question de départ est la même que pour le donneur d'alerte-passant, l'observation de l'activité à la fois verbale, non verbale, gestuelle et kinésique du tiers-parent va nous conduire dans des directions bien différentes. Le parent

n'est en effet pas seulement un passant « plus concerné », et nous allons voir que cela modifie sensiblement les enjeux et les interactions triadiques entre professionnels, parents et patients. De plus, la relation entre parent et enfant déborde d'emblée le cadre des services d'urgence, qui formait jusque là notre cadre situationnel de référence. Par nature, elle ouvre en effet d'autres périmètres, espace-temps et formes de participation à la prise en charge. Si pour le passant, les services de secours et d'urgence représentent une manière de refermer la parenthèse situationnelle et interactionnelle ouverte avec l'alerte, pour le parent au contraire, le duo formé avec l'enfant demeure, et l'interaction avec les secours ne constitue pas la finalité de l'engagement dans la situation : celle-ci, pour prendre un cas courant, est que l'enfant aille mieux et « rentre à la maison ». En quoi la qualité de parent joue-t-elle alors sur la manière dont il prend part à la prise en charge, et surtout, ce qui nous parait plus intéressant et moins envisagé, à la situation de secours et d'urgence dont il est *partie-prenante* ?

Nous allons rapidement partir de l'étape de l'alerte, et étudier la manière dont l'engagement du parent-appelant se traduit dans l'appel au 18, avant de passer, sur le terrain des SAU, à l'étape du soin et à la part prise par les parents à la prise en charge médicale proprement dite.

2.1. Du parent-appelant au parent accompagnant : l'implication des proches

Lorsque nous comparons les appels des parents au 18 à leurs manières de se présenter au comptoir des admissions des urgences pédiatriques, un même lien relie l'expérience interactionnelle des parents avec les professionnels : à l'enjeu, dans le cas du 18, de « faire venir », correspond, aux urgences, l'enjeu de faire examiner, soulager et guérir. Si le passant appelle, comme nous l'avons vu, par *devoir de signalement* plus que par *souci de l'intervention* (dans l'interaction, s'entend, nous ne parlons pas là de ce qu'il ressent), qu'en

est-il précisément dans le cas du tiers-parent ? Quels enjeux les parents incorporent-ils dans le récit fait au stationnaire ou à l'infirmier d'accueil des urgences ?

2.1.1. Appeler pour un proche : un enjeu personnel

Le passant, relativement désinvesti, agit dans une visée diagnostique et délégatrice. Plus le tiers appelant est un proche du bénéficiaire, plus l'appel est chargé d'attente.

Prenons le cas de ce père de famille appelant au sujet de son ex-femme. Il s'agit d'un appel très long (3:45, presque quatre fois le temps moyen visé par les stationnaires) au cours duquel c'est un tiers d'un genre particulier, à la fois père et ex-mari, qui appelle pour faire secourir son ex-épouse, tout en devant décider quelle conduite adopter au-delà de l'alerte.

Appel n°15 (extrait)

H : […] Je sors à l'instant de, enfin, je sors, non, je, j'étais au 22 rue Duchemin, j'ai récupéré ma fille Aline, qui a quinze ans, et elle est actuellement avec l'autre fille Guilaine, dont elle a la garde, qui a onze ans. Je vous appelle parce qu'elle est allée dire à Aline et Guilaine, donc mes deux filles en larmes, elles sont pas là mais, tout ça, qu'elle allait se suicider, donc je viens d'essayer de raisonner mes enfants en leur disant que c'était pas à eux de gérer la situation, et à une de rentrer, Aline, la gamine de quinze ans, elle est rentrée avec sa sœur qui, elle est restée dans l'appartement, et elle l'a trouvée complètement molle, alors j'ai peur qu'elle ait pris des cachets, parce qu'elle leur a dit qu'elle allait prendre des cachets. Je voudrais, elle est seule avec ma fille de onze ans…
S : Alors, quelle adresse, monsieur
H : 22 rue Duchemin, quel est le code… Aline ?
S : Attendez, attendez, j'ai pas noté, 22 rue Duchemin sur Saint Maure, hein ?
H : Non non, Paris 17e excusez-moi, j'habite à Saint Maure, nous sommes divorcés hein.
S : D'accord, donc 22 rue Duchemin dans le 17e[…] Passez moi la jeune fille là […] Votre maman respire ou pas ?[…]
F : Euh ben je sais pas moi j'ai c'est pas moi, enfin, c'est pas moi qui suis allée la voir c'est ma sœur […] Comme je me suis engueulée avec elle […] C'est la plus petite qui a été voir euh […]
S : Quel est le code d'accès ?
F : 123456 […] Mais là elle y a elle a elle a dit plusieurs fois qu'elle voulait se suicider
S : Très bien ben on'
F : Et là elle est en train de dormir, donc
S : On va'
F : Je sais pas du tout si elle en est
S : On va venir hein, et le nom de la dame c'est comment ?

F : Euh madame euh Gravelle, mais elle a quand même, elle a gardé ce nom […]
S : Vous me repassez votre papa […] Vous êtes sur place, monsieur, là ?
H : Non non je suis reparti je suis à la porte de la à la place de la Concorde, […] Et bon, pourquoi je suis reparti, parce que je ne, je ne voulais absolument pas que Aline, quinze ans, déjà, reste avec elle dans cette histoire de, elle est sujet à des, a des problèmes psy énormes. En plus de ça, bon, je viens d'apprendre'
S : Et la petite là, elle est où la petite, elle est avec elle ?
H : Elle est, elle est avec elle […]
S : Alors vous app' […] Vous appelez chez elle là […] et vous lui dites que les pompiers arrivent, hein, […] Vous avertissez votre fille que les pompiers arrivent […]
H : Ah très bien, donc je suis monsieur Gravelle et je voulais vous dire quand même aussi, euh, en dehors du problème psy qu'elle a, euh, qu'elle sombre dans, elle est alcoolique, c'est ce que vient de me dire ma fille et donc elle est sujet, à, je sais pas si elle est… si elle a bu, si elle a bu, si elle a pris'
S : On verra ça tout sur p'
H : Si elle a bu
S : On verra ça sur place monsieur
H : (En aparté) Elle a bu, déjà ? Ah bon (au stationnaire) elle me dit qu'elle a déjà bu
S : Monsieur. Il serait bien que vous retourniez sur place quand même hein ? Pour parce qu '
H : Ah non non non ! non non ! je veux surtout pas lui montrer que je joue son jeu, ça il n'en est pas question !
S : Non mais, c'est pas pour ça, c'est parce que nous, on va prendre en charge votre épouse et je suppose que votre fille de onze ans a besoin d'avoir un'
H : Ah ! très bien'
S : A besoin d'avoir un adulte près d'elle
H : D'accord, je récupère ma fille alors. J'y retourne.
S : Voilà. Au revoir.
H : Merci

La question de l'intensité et de la nature des liens familiaux est très importante, de même que leur façon de déterminer des niveaux d'engagement dans la situation et d'investissement dans la réussite de la prise en charge.

Ici, l'homme se positionne comme responsable de sa fille ainée, puis de ses filles et, enfin, comme tenu de faire secourir son ex-femme, impliqué mais à son corps défendant. C'est d'ailleurs son lien paternel avec sa fille, non son lien conjugal avec son ex-femme, que le pompier mobilise pour l'amener, malgré ses réticences, à retourner sur place chercher sa cadette. On voit très bien comment l'après-alerte s'impose ici comme faisant encore partie de la situation pour le proche. En l'occurrence, il tente de justifier un retrait vis-à-vis de la patiente (« ex-femme », « nous sommes divorcés», « Ah non non non ! non non ! Je veux

surtout pas lui montrer que je joue son jeu ça il n'en est pas question », « je suis reparti »…) tout en assumant un engagement vis-à-vis de ses filles.

Nous observons que celles-ci font ici office de tiers-parent pour la patiente. Autrement dit, elles agissent comme un trait d'union entre le tiers donneur d'alerte et la patiente, le forçant à s'impliquer, sinon pour elle, du moins pour ses filles, qui sont « naturellement » liées à la patiente. Pour le dire encore autrement, avec les tiers familiaux, on peut avoir ainsi la fabrication d'une *chaine de mobilisation* allant du patient à des tiers de moins en moins proches, du fait des relations duales entre les tiers intermédiaires. Cette configuration a d'autant plus d'importance qu'elle témoigne d'une « extension du domaine de l'implication » dans la situation de secours, au-delà du service d'urgence en charge des soins et, surtout, de l'accompagnant éventuel. Les tiers se démultiplient. La crise fait ici tâche d'huile au sein de la famille, d'une façon qui n'est pas sans rappeler la manière dont une crise sur le lieu de travail mobilise plusieurs cercles de personnes. Portée de cette comparaison : le tiers apparaît alors, aussi du collègue au parent, comme *une position* dans la *situation* (un rôle contenu dans la situation et attendant d'être endossé, pour E. Goffman), la position de celui qui démarre une chaine de personnes impliquées dans l'événement et qui elles mêmes sont susceptibles d'en impliquer d'autres, qui elles-mêmes…

Cette position dans la situation se décline en outre en différents degré, formes et intensité d'engagement (notamment selon son lien au patient : parent, collègue, passant, etc.).

2.1.2. Urgence familiale et charge émotionnelle

Nous avons vu que les appels passés pour autrui dans le cadre professionnel font intervenir un certain sens de la responsabilité territoriale, du devoir, une nécessité d'agir et de suivre la prise en charge, mais sans dimension affective marquée. Ici, l'ex-mari est au

contraire exalté, parle beaucoup, très vite. Dans cet appel, comme dans beaucoup d'autres concernant un proche, la charge émotionnelle est très importante, au point que le stationnaire doit tenter de la contenir, et ici, d'endiguer le flot d'un récit haché et ininterrompu qui fait perdre du temps. En outre, le père comme sa fille, pris dans leur récit, n'entendent pas ce que le stationnaire essaie de leur dire : il doit s'y reprendre à plusieurs fois, reformuler, insister et répéter pour se faire comprendre et obtenir certaines réponses.

Ce récit « en excès » comporte néanmoins des informations effectivement pertinentes (sur l'alcoolisation et le degré de conscience de la patiente, le contexte psychologique, etc.). Toute la différence entre le récit d'un proche, *a fortiori* d'un parent, et celui d'un étranger, réside bien dans cette connaissance intime et concernée d'information sur l'autre, portée par un tiers, d'autant plus ému, touché et soucieux qu'il est, précisément, *proche* du patient. Autrement dit, le degré et la finesse d'information est proportionnelle au degré d'interconnaissance, d'attachement et, bien souvent, d'émotion. Si l'information est à collecter, l'émotion ne doit pas faire obstacle à son énonciation « à l'économie », et c'est donc un double défi, informationnel et interactionnel, pour contenir l'émotion de porteur de récit, qu'il faut relever pour le professionnel[346].

Deux questions se posent alors concernant le professionnel des secours : dans quelle mesure perçoit-il le tiers-proche comme une ressource informationnelle de premier choix, et sait-il la susciter, en tentant effectivement de contenir l'émotion des proches ? Nous voyons ici que le stationnaire ne cherche pas à interrompre le père. Il le laisse terminer de longues tirades et y intercale surtout les questions de base qui lui permettent d'envoyer les secours, puis des questions périphériques pour apporter des éléments supplémentaires utiles à l'équipage. Il n'interrompt pas, mais oriente par ses questions, et ne relève pas les digressions.

[346] On peut penser notamment à J. Katz, *How emotions work*, UCP, 2001 sur la « gestion » de l'émotion du prévenu par le policier.

Nous verrons qu'aux urgences pédiatriques l'écoute du parent par les professionnels est un peu différente : elle est découpée en séquences partiellement étanches, au risque de manquer des informations essentielles, dans un exercice et une étape de la carrière de patient où elles prennent toute leur importance pour établir diagnostic et mode de traitement, au contraire de l'étape d'alerte, qui a besoin de très peu de détails.

2.1.3. « Aider à aider », l'aide ordinaire entre proches et la place du professionnel

Une autre dimension des demandes portées par des membres de la famille transparait dans l'extrait d'appel ci-dessous, et demande à être approfondie, celle de *l'intimité* et de la manière dont elle imprègne l'interaction de secours.

Appel n°27 (extrait)

[…] D : Alors **c'est madame Mégerre encore ;** on habite 28, rue du général Bac ; mon mari s'est installé dans les waters s'il peut plus s'en aller
S : Aaah
D : Il faut le remettre dans son lit […]
S : Quelle commune ? A Paris ?
D : 75010, oui c'est tout à côté de chez vous […] Quatrième droite, alors le code : 47934 […] Madame Mégerre comme une vraie mégère avec deux « r »
S : Madame Mégerre
D : Oui, c'est pas la première fois que vous venez !
S : Ah ben non !
D : Et il est installé dans les waters il peut plus, je peux plus l'enlever […]
S : Il est blessé votre mari ?
D : Non il est pas blessé, mais il bouge pas hein, il peut plus se lever
S : Bon ben on arrive […]

Dans cet appel passé presque « en voisin », l'appelante attend un service, dans une situation à la fois intime, délicate, ordinaire et peu grave. Il est intéressant que le stationnaire accepte sans se faire prier cet appel sans gravité. Le fait d'être un recours pour des situations intimes, privées et familiales est l'ordinaire des pompiers, dans les limites du secours et non de missions de police, par exemple, comme on le verra. Surtout, cet appel montre un aspect particulier de la relation du proche au patient, qui est d'être l'aidant principal, qui d'ordinaire

apporte son aide et participe aux mesures de soin, et qui, là, appelle parce qu'il ne parvient pas à parer au problème. Autrement dit, ce type de tiers demande pour ainsi dire de l'aide pour lui-même : il demande qu'on l'aide à s'occuper du patient, plus qu'il ne demande de l'aide pour le patient. En tant « qu'aidant naturel » (conjoint, mère, grand-mère, tante, père[347]…), habituellement préposé à porter en premier secours et assistance, il est en quelque sorte un bénéficiaire secondaire de l'intervention des secours, qui viennent prendre le relai, et l'aident à aider le patient. Telle est typiquement la position de la mère appelant ou allant aux urgences pour son enfant malade. Ici, on le voit, c'est entre époux que se déploie la situation du tiers appelant les secours pour se faire aider à aider un proche. L'appelante, en insistant sur le fait qu'elle habite à côté d'une caserne et qu'elle a déjà appelé, qu'ils sont déjà venus, indique bien l'appel à une tiercéité du voisinage, pas tout-à-fait anonyme, et dont on espère un traitement relativement personnalisé.

On peut presque deviner ou du moins faire dériver de cet appel l'expérience ordinaire du recours à un tiers (les pompiers) dans les situations où le maintien à domicile de personnes fragiles voire dépendante entraine ponctuellement des besoins et des situations qui demandent une aide extérieure. Ici, c'est l'épouse, en position, peut-être « d'aidant naturel », selon les terminologies de la santé publique et du travail social, qui appelle les secours pour l'aider, elle à l'aider, lui.

2.1.4. Le secours d'urgence et l'entourage face au patient violent

C'est paradoxalement dans un même lien avec « l'aide à aider » que l'on peut aborder les appels concernant les proches où les pompiers sont sollicités pour séparer, mettre à

---

[347] Cf. Cresson, Le travail domestique de santé, op. cit. et Molinier, Augier, Paperman, Qu'est-ce que le care, op. cit.

distance et protéger *contre* autrui et où les SAU étudiés reçoivent des patients-enfants violents et généralement, leur famille. On trouve en effet à l'autre bout de ces « trajectoires » de contention, de mise en retrait et de soin, les services d'urgence qui reçoivent également ces patients en crise et leur famille.

Dans ces situations complexes, le donneur d'alerte (dans le cas des pompiers) ou l'accompagnant (dans le cas des SAU) reste le responsable et souvent se pose en tiers-protecteur du patient pour lequel il mobilise les secours.

Voyons dans les deux appels au 18 suivants deux traitements de demandes d'intervention visant à éloigner un proche. Les appels de ce type concernent en effet toujours des relations intrafamiliales (demande de protection contre le mari, la fille, etc.).

Appel 31

1. S : Les pompiers
2. F : Oui bonsoir euh voilà on a un petit problème euh avec mon mari qui est très violent là euh je sais pas pourquoi, et euh bon je sais pas trop quoi faire quoi hein…allô ?
3. S : Mais il vous frappe ?
4. F : Ben euh il a frappé ma fille puis là il menace de nous faire passer une nuit euh, une très mauvaise nuit donc euh je sais pas quoi faire
5. S : Vous allez faire le dix sept madame. Allô ?
6. F : Oui
7. S : Vous allez faire le dix sept
8. F : D'accord
9. S : La police
10. F : D'accord
11. S : Voilà au revoir
12. F : Merci au revoir

Appel n° 35

1. S : Les pompiers
2. D : Oui je viens de téléphoner plusieurs fois là, pour ma fille, 18 place de la République, madame Crabet
3. S : Oui qu'est ce que vous voulez madame Crabet
4. D : Je voudrais que vous veniez chercher ma fille
5. S : Qu'est ce qu'elle a votre fille ?
6. D : Elle est dangereuse
7. S : Ahahah bon, qu'est-ce qu'elle fait ?
8. D : c'est très, mais j'ai peur parce qu'elle arrive

9. S : Mais qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse madame ?
10. D : Il faut la, emmener d'ici
11. S : Pour l'emmener où ?
12. D : A la P', à Sainte Anne
13. S : A Sainte Anne et ben il manquait plus que ça !
14. D : ça fait la quatrième fois que je vous appelle depuis un an
15. S : Et ?
16. D : Depuis un an, la cinquième fois à peu près
17. S : Mais on peut rien faire madame, nous
18. D : Si elle casse tout elle elle prend les couteaux et qu'elle menace de me tuer ou qu'elle va chez les voisins à poil, on peut rien faire ?!
19. S (en prenant un ton outré, choqué et rigolard) : Chez les voisins comment ?
20. (La dame raccroche)

Dans ces deux situations, le refus est décidé d'emblée, malgré un risque physique pour l'appelant (appel 31 : l. 4) ; (Appel 35 : l. 8 et 18). Dans d'autres circonstances, ce risque entraine presque systématiquement l'envoi des pompiers (les tentatives de suicide, notamment). La division officielle du travail d'urgence entre pompiers (risque matériel et médical) et sécurité (police) fonctionne ici sans question ni exception. Dans de nombreux autres cas, les répartitions entre services d'urgence et de secours sont pourtant moins tranchées ; sujettes à négociations elles connaissent de multiples situations floues, où la marge décisionnelle est très grande (le plus courant concerne, pour les pompiers, l'intervention à domicile, très souvent consentie bien qu'elle relève théoriquement du SAMU).

Les appels « contre » ne concernent donc normalement pas les pompiers : ils sont massivement adressés au 17, à la police. Pourquoi alors, comme le cas s'est présenté plusieurs fois au 18, appeler les pompiers ? Peut-être précisément pour ne pas faire intervenir la police, pour que – et parce que la situation reste familiale : il s'agit de se protéger sans judiciariser la crise. Face à ces demandes, les pompiers, comme nous l'avons vu, refusent d'intervenir et suggèrent à l'appelant d'appeler la police, mais sans pour autant basculer d'eux-mêmes l'appel à la police. Ils laissent ainsi l'appelant face à la responsabilité du choix entre laisser faire, se protéger par ses propres moyens ou faire intervenir la police. Dans ce cas, les pompiers font curieusement primer la dimension familiale privée – et l'idée ancienne, mais

non obsolète, de se mêler le moins possible des « histoires de famille » – à la dimension du risque médical[348].

Ce point permet d'une parenthèse théorique qui nous aidera à porter la caractérisation de la tiercéité du secours extérieur à un autre niveau que ceux vus jusque là.

L'idée, derrière ces « appels contre », que le dual est fusionnel – c'est-à-dire sans référent extérieur par rapport auquel se penser ni possibilité de sortir de lui-même – se retrouve chez C. S. Peirce, pour qui l'unité de base de la pensée même est triadique. Pour G. Simmel, c'est la vie sociale qui commence à trois ; le tiers est ce qui permet le mouvement. La comparaison, le passage de l'un à l'autre, le référent, l'opposition ou la médiation, sont autant de principes *dynamiques* qui entrainent un déplacement de la pensée, alors que le duo, qu'il soit dans un rapport d'opposition ou de fusion, est statique. Il ne permet pas de sortir de lui-même. Ici, ces quelques appels ne frappent pas par leur fréquence, mais à cause de ce qu'ils disent du recours à une instance tierce pour faire évoluer une situation privée sinon fusionnelle, bloquée. La question s'y pose de faire, en pleine conscience, entrer des tiers dans une intimité.

Dans la problématique de la tiercéité sollicitée, ce qui est demandé dans ces cas-là est, selon les catégories de G. Simmel, une interposition tierce, dans une situation problématique *parce que non-tierce*, donc fusionnelle. De plus, l'intervention tierce sollicitée est de type « médiateur », et non de type « juge » (le pompier se doit de paraitre neutre et de « ne pas juger », comme nous l'avons vu), mais en appelle en même temps à son pouvoir d'imposition. Le professionnel est considéré assez tiers pour aider le duo problématique, et doté d'assez de pouvoir pour emmener quelqu'un de force, mais pas suffisamment pour entrainer des suites judicaires et imposer ainsi d'autres tiers extérieurs dans le drame familial.

---

[348] Il y aurait plus à dire sur ces situations, qui rappellent d'autres observations (D. Monjardet, *Ce que fait la police : sociologie de la force publique*, Paris, La découverte, 1996) sur la réticence policière à intervenir dans les « différends familiaux ».

Aux urgences pédiatriques, le pouvoir du tiers-professionnel est limité de manière similaire, mais cette fois par le caractère temporaire de l'intervention. Nous avons ainsi eu à observer une mère accompagnant son enfant psychotique en crise. Dans la scène suivante, au sein d'un SAU, une mère accompagne ainsi son enfant qui vient de lui porter un coup de couteau.

Urgence psychiatrique et difficultés de transfert spécialisé :
Un samedi soir, vers 20 heures, un enfant marocain de quatorze ans (un « grand » donc) est amené, agressif, en ambulance. Il s'est automutilé avec un couteau avec lequel il a aussi menacé sa mère.
L'enfant était arrivé une première fois, plus tôt dans la soirée ; le service lui avait trouvé une place dans un autre hôpital, où il est amené avec sa mère en ambulance. Là-bas, son transfert est finalement refusé sans que les urgences en connaissent la raison et il est ramené en ambulance au service.
Les coups de téléphones se multiplient pour le faire admettre ailleurs et trouver un pédopsychiatre, mais en vain.
Le cadre de garde réalise alors qu'il n'y a pas d'urgences psychiatriques pour les enfants de moins de 15 ans à Paris, or le service n'est ni prévu ni équipé pour en recevoir. Après une longue séance d'appels aux autres services de Paris, il s'avère que nulle part on ne veut ni l'accueillir ni l'examiner. Le service d'urgences psychiatriques des patients de plus de quinze ans refuse de l'admettre en raison de son âge (14 ans), ce qui provoque l'indignation des professionnels (« pour quelques mois ! » ; « quand je pense que nous on prend tout le monde et qu'ils jouent sur le règlement ! »).
Le personnel est catastrophé (l'enfant est violent et assez fort pour devenir difficile à maîtriser) et indigné, non de l'attitude de l'enfant, mais de son renvoi des autres hôpitaux et de leur refus de l'accueillir. En particulier, ils mettent en cause, plus que le refus téléphonique de l'accueillir, le fait d'avoir obligé l'enfant et sa mère à se déplacer dans Paris, de nuit, plusieurs fois, inutilement : « une fois qu'il est là, l'enfant, tu le prends, tu ne le renvoies pas comme ça, dans cet état ! ».
L'enfant pose plusieurs problèmes au service, qui va s'adapter en conséquence : il est agressif donc pose un problème de sécurité dans le service. Il est grand mais encore dans la tranche d'âge de l'hôpital, cependant il ne souffre pas de quelque chose que ces urgences puissent prendre en charge. Au dehors, il n'existe pas de structure pour le prendre en charge.
Décision est prise de le garder. Après avoir mordu une infirmière, il est finalement « sédaté » de force (par injection dans la fesse) et restera en observation jusqu'au lendemain matin où rendez-vous est pris, dans l'hôpital même, avec un psychiatre, à charge pour ce dernier de s'occuper de son admission ensuite dans un service spécialisé.

Cette mère s'est rendue avec son fils dans trois hôpitaux différents, à minuit, pour le faire prendre en charge. A la fois responsable légale, mère, victime, et patiente elle-aussi (car il faut recoudre sa plaie), elle tente de faire hospitaliser son fils en crise et par là, aussi, de s'en protéger – du moins, sa démarche est liée à son agression.

Cette scène correspond bien à quelque chose du même ordre que les appels au 18 face à la violence d'un proche : la démarche vise à faire cesser la violence, sans faire jouer une dimension judiciaire ; en même temps, elle s'inscrit dans l'histoire de la famille, dont le membre, pris en charge par des tiers, n'est éloigné de son entourage que de façon temporaire.

En l'occurrence, la mère reste l'interlocuteur de référence s'agissant des soins et des suites et finalement, de la prise en charge. Nous comprenons qu'en tant que parent, elle représente le pivot de l'intervention et du suivi, de l'éloignement et du soin.

2.1.5. Le tiers-parent co-bénéficiaire

Pour en revenir aux appels au 18 passés par des proches, ces exemples montrent deux facettes des situations dans lesquelles les intérêts du tiers-parent sont liés à ceux du patient. Le tiers-parent prend part à la concertation et à la décision médicale *en tant que partie-prenante*. Dans le cas des demandes d'éloignement, il parle pour lui-même, en tant que bénéficiaire principal. Dans notre cas, qui se situe en urgence pédiatrique, la mère, bien qu'agressée, reste dans le service auprès de son fils les 20 heures que dure l'épisode, et elle répond de lui, et pour lui, aux médecins. Dans tous ces cas, nous observons une demande qui vise à contraindre le patient. Elle émane de familles entièrement investies dans l'épisode de recours aux services d'urgence, et qui se positionnent comme décisionnaire et autorité responsable. Conséquence de ce constat : le tiers-parent, qu'il fasse appel aux services d'urgence pour soigner ou pour éloigner son enfant, est aux antipodes de l'attitude du passant. Il est en effet pleinement mobilisé par la scène et ses suites, et en position de « co-bénéficiaire ». Cette notion de *co-bénéfice* permet d'envisager différemment la place des parents aux côtés du patient et dans l'interaction avec les professionnels.

En effet, la manière dont le tiers-parent fait le récit de ce qui l'amène à mobiliser les secours le présente comme demandeur direct, et directement concerné. Il demande qu'on l'aide à aider son enfant, plus qu'il ne se fait le porte-parole de la demande de l'enfant. Ce point nous parait essentiel. D'une part, il distingue radicalement la demande d'aide du passant de celle du parent. Le passant n'est pas le bénéficiaire, même indirectement, alors que le parent l'est. Il a, de ce fait, « voix au chapitre » s'agissant de ce que les professionnels envisagent de faire à l'enfant-métonymie – qui est une partie du parent, dont celui-ci est responsable. D'autre part, ce point fournit une clé essentielle pour comprendre le tour des échanges. Si le parent se positionne comme co-bénéficiaire, et demandeur direct, alors sa demande est finalisée : il a un objectif à atteindre.

Une fois dit que les parents sont co-bénéficiaires dans l'interaction[349], il devient nécessaire de passer du 18 aux urgences pédiatriques afin d'étudier plus précisément la manière dont les parents s'investissent alors dans la prise en charge.

Nous venons de voir combien le tiers-parent intervient activement dans le cadrage que les professionnels se font de la situation. Au-delà des informations qu'il détient, il intervient lui-même activement, en coordination ou indépendamment des secours selon les moments. Aussi devons-nous nous demander dans quelle mesure il est acteur de la prise en charge.

2.2. Se présenter aux urgences

Considérons, dans les services d'urgence, quelques interactions de départ entre parent et infirmier d'accueil.

---

[349] Dans la manière dont ils se présentent et prennent part à l'interaction. Bien évidemment, nous ne parlons pas de la réduction de fracture proprement dite, qui ne concerne que le bras de l'enfant…

2.2.1. Se justifier

La justification s'impose dans l'analyse langagière des échanges au 18 et dans les SAU comme une composante courante des demandes de secours. L'enjeu à être pris au sérieux et secouru rapidement stimule la production d'une « bonne raison » apte à convaincre le mieux et le plus vite possible le professionnel de l'importance de se mobiliser. Ceci nous donne, au passage, une indication sur la structure de la demande de secours : une demande de secours comporte souvent une *ouverture*, un *récit* et une *justification*. En revanche, elle laisse fréquemment la demande elle-même en suspens, à charge pour le stationnaire de compléter le récit en identifiant lui-même quelle intervention mettre en œuvre : par exemple un parent accompagnant son enfant blessé au bras ne demande pas un plâtre, mais explique que son enfant est tombé, et comment.

S'agissant de la justification, on sait qu'apporter une raison à une demande augmente les chances d'obtenir satisfaction. Comme l'écrit L. Racine :

> « J'ai à peu près deux fois moins de chances d'obtenir de vous ce dont j'ai besoin que si je vous donne une raison justifiant ma demande (on m'a volé mon portefeuille) : une recherche menée à New York dans les années soixante indique que seulement 34% des personnes auxquelles on adresse une demande non justifiée répondent favorablement, alors que 72% le font si la demande est justifiée (Latané et Darley, 1970, p. 11). […] La raison que l'on donne pour justifier une demande n'a d'ailleurs souvent pas à être bien convaincante. En fait, il semble qu'il puisse s'agir d'une pure réitération en d'autres termes de la demande. »[350]

Certaines demandes auraient-elles ainsi, à motif identique, une plus grande efficacité ?

L'accueil des services d'urgences pédiatriques est en tout cas un lieu de justification encore plus intense que les appels passés au 18 : la majorité des parents y donne maintes

---

[350] L. Racine « Les formes d'action sociale réciproque : dyades et triades », *Sociologie et sociétés*, vol. 31, n° 1, 1999.

raisons devant expliquer ou justifier, non seulement leur présence, mais aussi diverses demandes, en tête desquelles, celle d'être examiné « plus vite ».

La justification à la démarche de se présenter aux urgences la plus souvent invoquée par les accompagnants est que le médecin habituel est indisponible. Ce motif rencontre en général la défiance des personnels soignants hospitaliers lorsque la famille se présente de jour, même l'été ou en période de vacances. Vient ensuite tout ce qui est du registre de l'orientation par une personne autorisée (un acteur de santé, la police après appel au 17) :

« C'est le SAMU qui m'a dit de venir aux urgences tout de suite »
« J'ai appelé le 17, on m'a dit de le montrer/de venir aux urgences »

Les requérants indiquent ainsi une recherche de solution mieux adaptée *a priori,* mais qui finalement les réoriente aux urgences : ils reportent la responsabilité du choix des urgences hospitalières non seulement sur d'autres service, mais aussi sur des services d'autorité. Surtout, ils prennent le soin d'indiquer les démarches qu'ils ont tenté avant de se présenter, tout comme les appelants au 18.

Dans les deux cas, le public est *inquiet* de l'accueil que recevra sa demande. Il prend contact avec circonspection, voire avec prudence, comme si le seul motif qui l'amène risquait de ne pas suffire à entrainer une prise en charge. Or, comme on l'a dit, mais d'une autre manière précédemment, le parent ne cherche pas seulement à obtenir un avis médical concernant son enfant, il vise souvent aussi une prise en charge immédiate : des soins ou une ordonnance.

2.2.2. L'enfant-preuve

L'un des arguments pratiques les plus courants est d'en appeler à l'état de l'enfant et au fait qu'il souffre. Il arrive souvent que, face à un enfant « douloureux » selon la terminologie

médicale, un antalgique soit délivré dès l'admission. Si l'état de l'enfant n'est pas inquiétant, la douleur est prise en charge, mais il ne devient pas pour autant prioritaire…

Il peut paraître naturel qu'un parent venant pour son enfant malade mette en avant son problème avec des phrases, entendues au comptoir d'accueil, comme :

> « Il a mal » ; « elle a très mal, la petite, on peut pas la laisser comme ça » ; « elle ne pleure jamais comme ça, elle doit avoir très mal »…

Il en appelle souvent à la souffrance croissante de l'enfant, à ses besoins et à la dégradation de son état de santé du fait de l'attente :

> « Ça fait X temps qu'on attend, elle n'en peut plus, ma fille » ; « on est là depuis trois heures, elle n'a rien mangé depuis hier ! »

Ce recours argumentatif nous indique le double positionnement, du parent, qui défend la cause de son enfant en puisant dans des compétences diagnostiques.

Il faut rappeler que, dans la grande majorité des cas, l'enfant ne dit rien ; il n'a d'ailleurs pas toujours accès à la parole à ce stade de la rencontre, ni du point de vue de l'accompagnant, ni de celui des professionnels. Mais l'accompagnant l'intègre souvent, par un jeu de regards, manifestant ainsi son inquiétude et tentant quelquefois d'entraîner son interlocuteur à partager les mêmes sentiments.

Les accompagnants se servent en quelques sortes du patient pour confirmer, montrer ou appuyer ce qu'ils disent : « il a mal, hein, dis au docteur que tu as mal au ventre » ; « regardez, il est tout blanc », etc. Le professionnel finit généralement par demander directement à l'enfant de décrire ou de montrer son problème. Face à une boiterie annoncée par le père, le médecin fera ainsi marcher l'enfant pour constater que « là, il ne boite pas, revenez quand il boitera », etc. comme nous l'avions vu dans le cas de l'attelle, le professionnel peut jouer des tours de parole et se mettre à dialoguer avec l'enfant plutôt qu'avec le parent afin de relâcher avec ce dernier un lien interactionnel devenu difficile.

2.2.3. La force mobilisatrice des tiers

A travers ces stratégies, nous pouvons lire un effort et une tentative du parent pour augmenter, en quelque sorte, l'indice de priorité et le statut de l'enfant-patient. Ainsi, l'accueil par les services d'urgence, qui repose sur une classification des priorités traduite en temps d'attente, se heurte nécessairement à la hiérarchie personnelle des parents quant aux priorités du moment et à leurs efforts pour améliorer la situation de leur enfant. A ce sujet, nous pouvons nous référer à un travail que D. Dodier et A. Camus[351] ont réalisé en 1997. Leur enquête sur l'accueil et le tri des patients aux urgences médicales montre bien, en particulier, comment les patients ont une « force mobilisatrice » différente.

Selon la pathologie, sa gravité et certaines caractéristiques du patient lui-même, le cas représente ou non un « beau cas », et est plus ou moins rapidement traitable et transférable. Les deux auteurs s'intéressent à la manière dont les demandes sont évaluées, pondérées et jugées par le personnel, en fonction de différents critères, institutionnels, médicaux, moraux notamment. Ils mettent ainsi en évidence une hiérarchie de la mobilisation et des comportements autour du patient, qui reste la même vingt ans après leur enquête : l'urgence « vraie » ou vitale est prioritaire et jugée légitime ; elle est hautement mobilisatrice et positivement reçue par les professionnels, pour lesquels elle engage le sens et la « grandeur » du métier. *A contrario*, les demandes sociales posent problème et sont considérées comme ne relevant pas de l'urgence ; elles mettent en question le sens social de la mission de secours. Enfin, les « urgences ressenties »[352] font l'objet de critiques. Les demandes sociales et les urgences ressenties entrainent finalement plus d'attente que les urgences « vraies ». Elles

[351] N. Dodier, A. Camus. « L'hospitalité de l'hôpital, l'accueil et le tri des patients aux urgences médicales », *Communications*, n°65, 1997.

[352] Voir nomenclature des degrés d'urgence, en annexe.

pouvaient même alors se voir opposer un refus de prise en charge, ce qui n'est plus admis officiellement aujourd'hui et n'a pas été rencontré sur le terrain (sauf à considérer certains temps d'attente et le fait de conseiller aux parents de repartir comme des formes de dissuasion ou de refus).

Si « l'approche de la mobilisation différenciée [des professionnels de l'urgence] autour du patient doit intégrer une anthropologie du rapport au patient »[353], une telle anthropologie ne peut manquer d'explorer, d'analyser et de rendre visible le « groupe du patient ». Or il s'avère que ce groupe (ou au moins, le parent accompagnant) peut peser sur cette « force mobilisatrice », et qu'en tout état de cause, il se donne souvent pour mission d'y parvenir. Il peut, en tant que porte-paroles du patient, et avocat de ses intérêts, faire valoir la légitimité et l'urgence de la demande de soin qu'il porte. Il met en place, dès le premier contact au comptoir des admissions, des stratégies visant à accréditer sa demande, à être pris au sérieux, à augmenter son confort ou celui d'un patient et à faire diminuer l'attente. L'un des principaux domaines où il intervient de sa propre initiative et modifie effectivement le cours d'action est celui de la prise en compte de la douleur.

2.3. Le parent dans la procédure de prise en charge de la douleur

La prise en charge de la douleur aux urgences consiste à évaluer la douleur du patient et à lui délivrer sous diverses formes un antalgique. Elle est l'occasion d'interactions très courantes entre parent et professionnels, et plus particulièrement, avec l'infirmier d'accueil, dès l'arrivée du patient, puis après quelques temps passés en salle d'attente. Voyons comment le parent est impliqué dans la question de la douleur, son repérage et sa prise en compte.

353 *Op. cit.* p. 129.

2.3.1. Observer la douleur

Concernant la prise en charge de la douleur, les premiers éléments pris en compte par l'infirmier d'accueil (IAO) sont les signes extérieurs de douleur au moment de l'arrivée : cris, larmes, tremblements, expressions faciales. Si l'enfant arrive au comptoir d'accueil en pleurant, l'IAO amorce immédiatement une « prise en charge de la douleur » : il tente d'évaluer le niveau de douleur ressenti par l'enfant, en lui posant directement des questions, en utilisant avec lui une échelle de douleur (réglette graduée sur laquelle l'enfant doit évaluer sa douleur) et délivre des antalgiques. Ensuite, la douleur n'est pas réévaluée par le professionnel, sauf dans deux cas : si le parent la signale, et si l'enfant se plaint.

Face à une plainte des parents concernant la douleur de l'enfant, l'IAO s'adresse à l'enfant directement pour évaluer sa douleur, quoi qu'aient pu dire les accompagnants, comme dans le cas de cette mère amenant son fils après une chute :

La mère à l'infirmière des admissions : « il a eu très mal, il s'est évanoui » A son garçon : « hein ? » Le garçon « euh, non, j'ai eu mal ici (à l'avant-bras), mais là ça va un peu mieux… » L'infirmière des admissions, au garçon : » tu te souviens de ce qui est arrivé ? » Le garçon : « oui, je crois » La mère de rétorquer : « mais non ! Tu as fermé les yeux ! » Le garçon de s'écrier : « mais c'est parce que j'avais mal ! »

Dans ce cas, l'enfant est en outre sollicité par l'accompagnant pour confirmer ce qui est dit à son sujet. Cette situation de réassurance et de confirmation de ce qui est dit peut être le fait du parent comme du professionnel, à l'accueil comme dans le box. C'est là l'une des grandes différences, dans la structure de l'interaction de secours, selon qu'elle est téléphonique et essentiellement dyadique, ou en coprésence. La coprésence de l'enfant et le recours visuel changent largement la manière dont se déroule l'échange et, bien sûr, ce qui s'y fait, au-delà du dire.

Sans demande explicite du patient ni intervention en sa faveur d'un tiers, la douleur est présumée faible. Après le passage par l'accueil, tant que la douleur ne s'exprime pas, elle n'est pas recherchée, ni prévenue354. Les observations ont souvent donné à voir des cas où la souffrance des enfants dits « durs à la douleur », ayant appris à la dissimuler ou tentant un comportement courageux est moins fréquemment détectée. Apparemment mieux supportée, elle est moins prise en compte et moins combattue. L'enfant peut même être un temps soupçonné, comme nous l'avons observé, de « simuler » et les parents, d'affabuler. En l'occurrence, une fois la radio passée, une fracture se révèle.

Inversement, le courage face à la douleur quand il est remarqué est valorisé par les professionnels, souvent commenté, et l'enfant félicité. Se montrant courageux, il facilite en outre le travail des professionnels, qui lui en sont reconnaissants : des *diplômes du courage* cristallisent cette prise en compte. Souvent délivrés par les infirmiers, ils sont l'occasion d'un véritable dialogue entre le professionnel et l'enfant, sans passer par le parent, autour de la reconnaissance du courage et de la douleur de l'enfant.

2.3.2. Constater la douleur, mobiliser le professionnel

En dehors, donc, de signes manifestes de douleur à l'arrivée de l'enfant[355], c'est bien le signalement de la douleur par le parent qui entraine sa prise en charge. Ainsi, dès les premiers temps de l'interaction aux urgences, l'accompagnant joue un rôle potentiel dans la prise en charge de la douleur. C'est lui qui repère les signes de douleur et doit attirer sur eux l'attention du professionnel, qui prend acte de ce signalement et lance alors une procédure. On

---

[354] Voir le cas déjà mentionné de la jeune fille à l'orteil cassé, dans lequel l'antalgique n'est délivré qu'après demande du tiers et la confirmation de la patiente, et après plusieurs heures sans antalgique passées aux urgences.

[355] Et pour lesquels les infirmiers sont formés à repérer les signes faciaux.

peut considérer que c'est là le fonctionnement normal, ordinaire du service, la procédure habituelle de détection et de prise en charge de la douleur. Sans accompagnant vigilant indiquant la douleur à l'IAO, l'enfant peut donc souffrir longtemps sans que rien ne soit fait. La prise en charge dépend à nouveau, non pas de *signes*, mais d'un *signalement* – c'est-à-dire de *l'action* consistant à signaler –, non pas de données mais d'interactions, en l'occurrence initiées par le parent. Son rôle dans la prise en charge de la douleur, problématique très actuelle en santé publique et véritable « sujet de société », et l'inégalité face à la douleur selon la présence ou non d'un tiers attentif et sa capacité à la souligner, sont patents.

2.3.3. Le parent : un responsable médical sur lequel on compte

Il faut en effet insister sur trois points attachés à ce rôle de signalement du parent.

D'abord, la question de la douleur est un des domaines où l'intervention du parent détermine la prise en charge. Il y joue un prépondérant, à la fois de responsable, de détecteur et de donneur d'alerte. Il s'agit d'un positionnement que nous retrouverons dans d'autres aspects de son activité dans les services d'urgences, aux côtés du patient, et des professionnels.

On voit également, dans le cas de la douleur, que son action, déterminante pour une prise en charge de la douleur, est *contingente* ; elle dépend de son attention et de son initiative de se signaler à un professionnel. Qu'il ne remarque pas les signes de douleur ou hésite à aller voir l'IAO, et l'enfant souffrira plus longtemps ; qu'il signale la douleur immédiatement, et la prise en charge s'ensuit : la douleur diminue. Cela nous engage à souligner la grande variabilité des conditions de prise en charge, concernant les aspects de douleur, de confort et comme nous le verrons, d'informations détaillées sur le patient, en fonction de la vigilance et de l'à propos du tiers.

Enfin, c’est donc une *répartition implicite des attentions* qui se fixe à travers ces scènes : bien que l’IAO et le patient soient co-présents, il revient tout de même au parent de faire valoir les droits du patient à une prise en compte de sa douleur, de son confort, de la dégradation de son état. Ce point nous parait extrêmement important pour cerner la structure interactionnelle triadique propre aux urgences pédiatriques. Le professionnel laisse au parent la charge et la responsabilité de la surveillance du patient, c’est-à-dire de ses déplacements et de son comportement mais encore, de son état médical et de son « mieux-être », si nous pouvons emprunter l’expression dans son sens le plus littéral.

Selon le tiers qui accompagne le patient et sa capacité à porter une défense de ses intérêts relativement aux aspects de confort ou médicaux, le patient a d’inégales chances de voir sa situation défendue, mais aussi mise à jour auprès des professionnels, et améliorée. Le fait de se trouver dans l’enceinte des urgences, parmi des médecins et les infirmiers, non seulement n’abolit pas la responsabilité du parent quant à ce qu’il convient de faire pour l’enfant, mais encore ne lève pas non plus sa responsabilité *médicale*. Même sous le regard de professionnels de la santé, il incombe au parent de relever et de signaler ce qui demande à être traité d’urgence, et une dégradation au cours du temps passé à attendre de l’état de l’enfant.

Cette dimension de *mise à jour* de l’information des professionnels par les parents, au sujet de l’évolution à très court terme de l’état de l’enfant, demande à être soulignée. Elle vient en effet nourrir l’idée déjà avancée, qu’à travers la présence et les actions du parent, est assurée une continuité biographique entre la vie de l’enfant et l’épisode passé aux urgences. En somme, c’est le parent qui, ici, assure la continuité d’une surveillance informée de l’enfant, contribution précieuse à la mission de sauvegarde et de soin du service d’urgence. Cette observation active et revendicative de l’évolution de l’état de l’enfant pendant qu’il est aux urgences correspond en même temps à la simple continuation, sous une forme aigue de

surveillance, de l'attention concernée du parent envers l'enfant. Il y a coproduction du service dans la mesure où la mission, entre cure et care, de surveillance, est déléguée au parent.

En termes de situation de secours, enfin, donneurs d'alerte ils étaient, puisqu'ils ont su repérer un problème potentiellement urgent et venir aux urgences, donneurs d'alerte ils demeurent tout le temps de l'épisode passé aux urgences.

Cela nous indique une organisation de la surveillance de l'enfant qui, en pratique, repose donc essentiellement sur le parent et sa capacité à repérer et exprimer tout changement inquiétant. Cette organisation, considérant que les parents sont présents tout au long de l'épisode passé aux urgences, leur délègue un aspect de surveillance experte.

Dans les services qui limitent les espaces et les heures de présence des parents[356], cette surveillance, réalisée aux urgences à travers la simple co-présence du parent-vigilant, est réglée par un système strict et réglementé de rondes d'infirmières, de salles d'observation monitorées, d'instruments et d'alarmes divers. Ainsi, au niveau même de ce qui ressemble à un simple et passif « accompagnement », le parent joue un rôle médical, un rôle qui est à la limite entre le *care*, au sens infirmier, et le *cure*.

En d'autres termes encore, dès lors que les parents peuvent rester avec le patient tout au long de la prise en charge hospitalière, le service ne représente pas un endroit où le parent peut déposer à la fois l'enfant et la charge que représente sa surveillance médicale attentive. Si l'on repense à l'image d'E. Goffman, celle d'un hôpital-garage où l'on dépose son enfant-objet à un médecin-réparateur, on en perçoit ici clairement les limites s'agissant de services « ouverts ». E. Goffman a écrit ce texte dans la continuité d'*Asiles*, à partir d'observations

---

[356] L'hôpital a longtemps limité la présence de tiers, c'est-à-dire, cette fois, de non-professionnels auprès de l'enfant malade. Le *care* était alors réduit et dévolu aux aides-soignantes et à des organisations matérielles et spatiales de surveillance, comme dans les nurseries de néonatalogie par exemple. Voir à ce sujet : S. Mougel, *Au chevet de l'enfant malade*, chapitre « Des parents longtemps tenus à distance », Paris, Armand Colin, 2009.

menées au sein d'une unité de soin fermée, *totalement*[357]. Or, dès que l'hôpital devient un lieu mixte, avec des parents et des professionnels co-présents sur l'ensemble de l'épisode (depuis l'entrée dans le service jusqu'à la sortie du patient), la responsabilité parentale reprend ses droits, et ses devoirs, et la métaphore du médecin réparateur s'efface.

2.4. Le parent négociateur

Les modèles de la relation patient-médecin ont changé. L'asymétrie et la position d'autorité du médecin, *versus* un patient idéal soumis et confiant, n'ont pas brusquement disparu mais des modèles plus participatifs, plus coopératifs, ainsi que la prise de conscience de l'existence du patient actif et du modèle participatif d'A. Strauss, ont permis d'affiner et de diversifier les modèles réels, empiriques, des rapports entre patient et monde hospitalier.

La circulaire B. Kouchner[358] sur le droit des malades comporte ainsi un volet spécifique concernant l'entourage et redéfinit certains aspects de la relation médecin – famille, autour de l'accession du patient au statut d'usager qui a des droits, d'usage, sur son système de soin. On peut considérer qu'elle marque un tournant vers une prise en considération croissante de l'entourage, ses droits mais aussi ses apports, notamment comme nouveaux acteurs du soin à domicile et pour ce qui concerne l'hospitalisation, comme ressource dans l'observance et certains soins chronophages ou douloureux[359].

---

[357] Il s'agit pour E. Goffman d'institutions « totales » où tous les aspects de la vie du « reclus » sont réglés. La confusion avec la notion d'institution totalitaire n'est pas fortuite et l'on parle bien d'établissements fermés, dont les visites sont limitées et encadrées. Comme le montre notamment S. Mougel (*Ibid.*) l'hôpital, *a fortiori* les urgences, se sont ouverts aux parents, qui sont de moins en moins considérés comme des visiteurs et de plus en plus associés aux soins, et au rythme intime de l'hôpital.

[358] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

[359] Voir S. Mougel, *op. cit.*

Le rôle des familles et des collectifs autour de malades a ainsi une histoire sociale et politique, comme dans le cas du sida et des mobilisations autour des patients pour améliorer l'information, l'accès aux soins, la prise en charge et la prévention. L'entourage est de plus en plus pris en compte en médecine générale. Il existe même un guide en proximologie[360] sur l'accueil du patient et de son entourage, où patient et entourage sont considérés comme un « attelage à jauger (par le professionnel) » pour soutenir une gestion de la pathologie collective et améliorer la manière dont le tiers peut participer au traitement, aux soins et aider le patient.

S'agissant de l'association entre professionnels et entourage du malade, autour, pour ou « contre » ce dernier (comme dans les cas d'internement sur demande d'un tiers qui se trouve être, justement, généralement la famille), il existe une littérature sur les « aidants », les familles et leur rôle, leur place, leur difficulté dans le système médical et auprès des patients, et même, avec le médecin. Le terme d'aidant est d'ailleurs marqué au sceau d'une prise en compte politique de certaines dimensions de ce que fait la famille et, singulièrement, la mère et l'épouse d'une part (au côté de l'enfant ou de l'époux malade), les descendants adultes de l'autre (auprès d'un parent dépendant).

Dans le cas des urgences en revanche on trouve peu de choses, comme si l'entourage ne s'entendait que dans une certaine durée. Ainsi, dès que la maladie est chronique, on le retrouve. Dans l'hôpital aussi, il est mentionné quand on parle de long ou de moyen séjour, parce qu'on peut alors organiser et planifier sa présence régulière. Aux urgences, où circulent constamment patients et entourages, rares sont les travaux sur une éventuelle relation médecin d'urgence-patient, et ils sont inexistants concernant les tiers.

---

360 D. Caro (coord.) *L'entourage du patient en médecine générale. Manuel de proximologie*. Le quotidien du médecin, 2006.

Des travaux descriptifs récents sur les parents d'enfants malades (S. Mougel[361]) ou sur l'accompagnement à domicile des personnes dépendantes (G. Cresson[362]), mais aussi des travaux plus théoriques sur la place et le rôle de tiers (N. Dodier[363]), et singulièrement des femmes (P. Paperman, P. Molinier, S. Laugier[364], J. Tronto[365]) dans les problématiques de soins, attirent notre attention sur deux dimensions essentielles du rôle de l'entourage en santé : son caractère invisible car « allant-de-soi »[366], et ses propriétés pratiques en tant qu'activité, voire en tant que *travail*.

Car l'agir parental auprès de l'enfant s'entend, selon le point de vue adopté, comme oscillant entre « vrai travail »[367] et « sale boulot ». On peut en effet se demander, comme E. Hughes si, dans l'organisation pratique des services d'urgence du moins, les parents, et le plus souvent les mères, ne font pas une partie de ce que les soignants tiennent pour du « sale boulot ». Les soignants s'en déchargent en partie sur eux, implicitement (puisque « c'est naturel »), comme le font aussi, très explicitement, des infirmières qui font elles-mêmes non moins explicitement celui des médecins (au sens où la demande, l'intimation, la consigne est exprimée et acceptée). Dans le cas du parent, en revanche, elle est implicite et s'il faut changer la couche de l'enfant, on laisse simplement faire le parent[368].

---

361 S. Mougel, *Au chevet de l'enfant malade, op. cit*.

362 G. Cresson, *Le travail domestique de santé, op. cit*.

363 Voir sur les collectifs et la prise en charge du sida : N. Dodier, Leçons politiques de l'épidémie de sida, Paris, Editions de l'EHESS, 2003.

364 P. Paperman, S. Laugier, P. Molinier, *Qu'est-ce que le care, op. cit*. ; P. Paperman et S. Laugier, *Le Souci des autres… op. cit.*

365 J. Tronto, *Un monde vulnérable… op. cit.*

366 Cf. H. Garfinkel, Studies in *ethnomethodology, op. cit.*

367 Sur les « aidantes naturelles » et la non reconnaissance du « travail de *caring* » ou du « travail domestique de santé » assumé par les mères essentiellement, voir G. Cresson, *Le travail domestique de santé,* et *Les Parents d'enfants hospitalisés à domicile*, Paris, L'harmattan, 2002.

368 P. Paperman, S. Laugier, P. Molinier, *Qu'est-ce que le* care, *op. cit.*

Le modèle n'en reste pas moins binaire, comme le montre S. Mougel[369]. Si l'hôpital tente d'intégrer le tiers sans toujours savoir comment faire, le tiers est, aux urgences, à la fois celui par qui l'on passe pour comprendre ce qui se passe, et celui dont on ne sait quoi faire. On peut même, dans certains cas, parler de « conflits de juridiction »[370] entre parent et professionnel au sujet de l'enfant, pour désigner ce rapport aux prérogatives respectives de chacun. Pour parvenir à un accord pratique provisoire[371], et éventuellement imparfait, quant à la prise en charge médicale temporaire de l'enfant, s'engagent en effet des marquages et des négociations de *territoires décisionnels* entre partenaires éphémères.

La dimension de négociation est généralement admise entre patient et professionnel. A. Strauss la souligne tout au long de *La trame de la négociation* :

> « Les malades aussi sont engagés dans des marchandages, dans des processus de négociation. (…) On occulte un des aspects significatifs de l'organisation de l'hôpital si l'on ne prend pas en compte la part prise par la clientèle dans la négociation, ils négocient, bien entendu, en tant que profane (…) »372.

Il en précise les leviers, les nombreux acteurs (médecins, spécialistes, infirmières et aides-soignantes, patients, familles), ainsi que l'asymétrie, relative selon les patients, entre profanes et hommes de l'art. Non seulement « on » – patients et professionnels – négocie, mais encore, on coopère, on travaille en équipe le temps de tel ou tel colloque ou phase de traitement, et l'on « co-analyse » la situation. Enfin, on parvient pour agir à des « accords pratiques » qui ne signifient pas l'adhésion sur le fond au système argumentatif ou normatif de l'autre, mais seulement la décision de suivre un temps la ligne de conduite proposée.

369 S. Mougel, Au chevet de l'enfant malade, op. cit.

370 A. Bidet, « Au fil des dérangements téléphoniques. Analyse d'une interaction technique », *Réseaux*, n°115, 2002, p. 215-241.

371 A. Strauss, La trame de la négociation, op. cit.

372 *Ibid*, p. 103.

La dimension de négociation, dans son cousinage avec les notions de marchandage, de réclamations, de revendications, etc., est également très présente aux urgences pédiatriques, et ce, avant même l'examen, au moment de l'admission (et comme nous l'avons montré, de l'alerte). Cependant, par rapport aux services pour adultes, voire au moyen et au long séjour pédiatrique, cette dimension est, aux urgences comme transférée sur le parent-tiers, voire sur l'adulte accompagnant[373].

Si l'on reprend la terminologie straussienne, *l'accord pratique* concerne, aux urgences pédiatriques, non seulement le traitement du patient (aux deux sens : comment agir avec lui, quels soins lui apporter), mais la *place* du parent. C'est bien le périmètre de son pouvoir de décision concernant son enfant, et la manière dont les professionnels pourront s'adresser à lui et agir sur son enfant, qui sont sinon « négociés », du moins acceptés temporairement pour les besoins des soins. C'est lui, finalement, qui conclut des *accords pratiques* avec les professionnels, négocie, co-analyse et alimente le dialogue non pas « patient-professionnel », mais « groupe du patient-professionnel » et, en tout état de cause, accompagnant-professionnel. Le tiers-parent en pédiatrie est ainsi à bien des égards le représentant du patient straussien, sur le plan de sa participation à un « ordre négocié »[374] des urgences et à sa prise en charge : c'est avec le parent plus qu'avec l'enfant que cet ordre se négocie.

2.5. Communication et prise en charge par les parents

> « Il ne s'agit pas seulement de faire face à ce qui n'est pas encore mais d'y faire face en raison de la soudaineté du surgissement et par référence aux expériences marquantes du

---

[373] Souvenons-nous de la scène de l'orteil cassé et des revendications, réclamations et tentatives de négociation de l'accompagnant-mystère.

[374] *Ibid.*

passé qui, se trouvant par là même réactualisées, sont nécessaires pour qualifier la nouveauté ou la surprise. Pour les acteurs, il y a des précédents ou des séries »[375].

La famille, sinon directement le patient, dispose, comme nous avons commencé à le voir, d'informations mais aussi de capacités déductives et inférentielles que ne possèdent pas les médecins, mais sur lesquels ils peuvent s'appuyer pour affiner considérablement diagnostic et traitement.

Les deux parties coopèrent de fait, mais de manières et avec un succès variables. C'est par la connaissance intime de l'état habituel, mais aussi du passé du patient, que le parent-accompagnant peut orienter correctement le médecin. Inversement, d'ailleurs, le médecin peut diagnostiquer parallèlement au motif initial de visite aux urgences des maux que la famille n'avait pas repérés. La prise en charge au quotidien, à bas bruit, *domestique* pour reprendre la terminologie de G. Cresson[376], est principalement assurée par les parents. Au niveau même de l'intervention aux urgences, bien souvent, il incombe au médecin de poser un diagnostic et de donner le mode d'emploi de la prise en charge, mais ce sont les parents qui orientent son enquête diagnostique, administrent les soins, une fois l'enfant ressorti des urgences, et évaluent jour après jour l'état de l'enfant, son amélioration ou son dépérissement, ce qui lui dans le traitement lui réussit ou lui nuit.

Pour N. Elias, encore :

« Le pronostic, authentique prévision fondée sur la raison, s'est développé en opposition à la prophétie (…) On a deux grands modèles d'engendrement de prises sur le futur : un modèle de la prévision qui suppose de définir complètement les procédures et les dispositifs supprimant les sources d'incertitude exogènes, un modèle de vigilance qui assume la variation et l'incertitude. Le problème est moins de prévoir que d'être présent en accompagnant les processus de façon à faire face à d'inévitables surprises et révélations Deux modèles renvoient à une opposition politique : dans le premier cas le calcul émane d'une conscience souveraine capable d'établir des régularités à partir d'une position de surplomb, dans le second, la prise vient d'une participation

[375] N. Elias, *Du temps*, Paris, Fayard, 1997.

376 G. Cresson, *Le travail domestique de santé, op. cit*.

immanente qui prend appui sur des séries d'expériences [377]».

Il semble en l'occurrence que parent, passant et professionnels se répartissent le *pronostic* et la *vigilance* (et quelquefois, la *prophétie* lorsque la crise s'inscrit dans la légende familiale, mais c'est une autre question…).

Ces deux dimensions du *pronostic* et de la *vigilance* de N'Elias se conjuguent dans l'échange qui noue le secours, et se jouxtent en une géométrie où peuvent coexister la vision *en surplomb* du pompier et *expérientielle* du parent.

2.5.1. Crainte rétrospective

Parmi les patients ayant un suivi médical en dehors des urgences, on peut percevoir à travers l'état du carnet de santé les inquiétudes éventuelles de parents dont l'enfant a eu des problèmes de santé et, de là, un motif secondaire de consultation fondé sur leur propre histoire de morbidité. Autrement dit, les parents d'un enfant qui a déjà été gravement malade ou qui présente des troubles à répétition sont enclins à s'inquiéter plus que d'autres de nouveaux symptômes : ils induisent des relations entre un état antérieur inquiétant et l'état présent de l'enfant. Les enfants amenés aux urgences sans motif légitime pour les professionnels sont ainsi souvent suivis par ailleurs, et pas seulement par un médecin traitant (passé hospitalier, PMI). Assez fréquemment, l'enfant présenté aux urgences pour un motif bénin a une histoire de morbidité plus longue et plus dense que la moyenne ; il a rencontré des troubles médicaux sérieux, mettant même en jeu le pronostic vital, à la naissance notamment. Les parents tendent alors à rapprocher un passé morbide lourd et des symptômes légers, mais pouvant mener potentiellement aux mêmes maux. Ou encore, ils peuvent penser que leur enfant est plus fragile, plus vulnérable à des maux qui seraient pour d'autres sans conséquences.

---

[377] N. Elias, *Du temps*, Paris, Fayard 1996.

Ils sont ainsi tentés de donner à des signes qui s'avèrent *in fine* bénins une interprétation tantôt alarmiste, tantôt informée – selon la perspective et le diagnostic posé une fois l'alerte donnée par les parents – qui s'explique par les inférences et des rapprochements faits avec des événements médicaux antérieurs. Du point de vue des parents, il y a urgence soit que le risque leur paraisse immédiat soit qu'ils anticipent ou redoutent une éventuelle aggravation. A partir d'inférences sur l'état habituel de l'enfant, ils exercent alors leur compétence à détecter un changement et à choisir, entre les différentes ressources médicales expérimentées, le moyen le plus approprié d'y réagir.

Les parents jouent ainsi un rôle d'aide au diagnostic très important auprès des professionnels. Avec l'intervention d'un tiers qui connaît bien le passé médical et l'enfant, et qui prend (ou à qui l'on donne) la parole, la prise en charge est beaucoup plus informée, donc ajustée, affinée, personnalisée. L'une des différences ou des inégalités dans l'ajustement de la prise en charge en pédiatrie tient ainsi à la présence ou non d'un tiers informé et *informant*, et à un tour de l'entretien avec le professionnel qui permette ou non que les informations qu'il détient soient transmises et prises en compte.

2.5.2. Laisser parler le tiers

La façon dont le personnel tente de cadrer le discours signale une tentative tantôt d'en savoir plus, tantôt d'endiguer un discours qui lui pose problème ; le cadrage alterne ainsi rapprochement et mise à distance :

> Une femme vient pour un enfant atteint de maladie contagieuse. Le médecin n'aborde pas la question de la contagion avec elle : il pense que les mesures de contention vont de soi. Une discussion avec la tante montre que l'enfant vit avec six autres personnes dans un petit appartement de deux pièces. C'est en discutant sur ses difficultés matérielles qu'elle pense à la logistique à mettre en place et s'inquiète du risque de contagion qu'elle ne peut contenir dans un contexte de promiscuité…

Orienté vers les aspects médicaux, l'entretien tente souvent d'évacuer un discours portant sur d'autres sujets. Alors que l'expression d'une critique à l'égard du temps d'attente, ou de difficultés sociales, est souvent soigneusement prévenue, les informations du carnet de santé sont sollicitées. La communication intervient en effet pour déterminer l'intervention et ses modalités pratiques. Les accompagnants sont parfois détenteurs d'informations et d'une connaissance du patient susceptible d'affiner, voire d'orienter, le diagnostic et surtout la prise en charge. Ainsi, ce sont eux qui peuvent indiquer un passé médical à même de modifier le traitement. Dans le cas d'un enfant venant pour autre chose, mais avec un terrain cardiaque, d'insuffisance respiratoire, de diabète, de cancer, d'insuffisance rénale, d'épilepsie, etc., cela change la médication, et les conditions de prise en charge. Or le fil d'entretien du médecin ne favorise pas toujours l'émergence de ces informations complémentaires : il faut compter avec la capacité de l'accompagnant à prendre la parole sur des sujets non évoqués par le médecin ou l'infirmier d'accueil, et parfois, à forcer un peu le cadre de discussion fixé. L'interaction étant généralement sur le mode de l'interrogatoire asymétrique (des paires de type question/médecin–réponse/entourage), il n'est pas toujours facile pour l'accompagnant de modifier le cadre de l'échange pour glisser d'autres informations, ou ses propres questions. Il faudrait en fait qu'il rejette les *maximes conversationnelles* de Grice[378] et tâche d'en dire plus que ce qu'on lui demande, pour faire passer toute l'information utile.

A. Cicourel[379] montre le ré-encodage et le recadrage opérés par les professionnels, à la fois dans l'échange verbal, dans la pratique et dans le processus cognitif d'interprétation des

---

378 H. P. Grice, « Logique et conversation »… *op. cit.*

379 A. Cicourel, *Le raisonnement médical, op. cit*. Voir le passage où il décrit les tentatives d'une patiente d'intégrer d'autres informations et celles du médecin de ne pas les entendre, c'est-à-dire de ne pas donner prise à un risque de digression ou au risque d'amener la patiente à trop se focaliser sur certains symptômes.

données apportées par ou avec le patient. Les analyses de gestuelle qu'il livre concernant l'attention que le médecin fait mine de porter ou non au discours du patient ressort tout à fait de ce type d'interactions. Dans les services que nous avons observés, des informations importantes pour l'orientation de la prise en charge surgissent ainsi parfois bien après les entretiens infirmiers et médicaux, et généralement par hasard. Parallèlement, tout un pan de récit concernant la plainte, ou le contexte socio-familial, est ignoré et presque découragé. L'une des raisons de ce cadrage très étroit de l'expression des parents semble renvoyer à une tentative pour éviter les discours fleuves, qui s'avèrent souvent à la fois inutiles et chronophages. Il est néanmoins probable que, dans bien des cas, des informations importantes détenues par l'accompagnant ne trouvent jamais à se transmettre, soit que l'accompagnant ne parvienne pas à les insérer dans le cours de la conversation, soit qu'il n'y pense pas et qu'aucune question ne les lui évoque, alors même qu'il a pu les produire au moment de l'admission, où elles demeurent lettre morte, car elles ne sont *pas encore pertinente* aux yeux d'un professionnel qui n'est pas celui qui pourrait en avoir besoin. Il y a discontinuité des moments et des hommes du secours d'urgence, que doit compenser le parent attentif à conserver et à transmettre une information utile, au-delà et en dehors du dossier médical.

Une des situations propices à faire émerger d'autres informations que celles recherchées au départ par les professionnels est celle du moment de la *justification* lors de l'admission. Face à des motifs apparemment bénins, les parents ont tendance en effet, comme nous l'avons vu, à justifier leur venue. Ils évoquent alors souvent leur inquiétude face à des symptômes qui leur ont fait craindre une détérioration rapide de l'état de l'enfant. Ils l'étayent souvent en mentionnant les antécédents de l'enfant (« parce qu'il a eu un cancer, alors… » ; « Mais comme il a un problème de cœur, j'ai préféré l'amener ») ou en comparant avec d'autres symptômes pour lesquels ils ne seraient pas venus aux urgences mais auraient attendu un

rendez-vous ailleurs (« quand il est un peu chaud, bon, je ne m'inquiète pas mais *là,* il ne mange plus, il a de la fièvre, il est endormi… »).

A ce moment du circuit au sein des urgences, ces informations ne sont pas encore pertinentes et ne sont pas consignées dans le dossier. A moins que le parent ne les répète au médecin au moment de l'entretien médical, elles se perdent.

Plus généralement, autour d'un binôme fonctionnel diagnostic/soin, qui serait le cœur du travail du médecin, gravite une quantité de messages et de questions qui ne trouvent pas toujours à s'énoncer et qui traduisent pourtant des positions, des demandes et des émotions en rapport avec la prise en charge. L'énervement d'un père convaincu qu'on fait attendre son fils par racisme, l'incompréhension d'une mère face à une ordonnance qu'elle ne peut lire, l'inquiétude de telle autre qui ignore si le problème diagnostiqué (un hématome) est grave ou non, nous le montre : le langage – c'est-à-dire sa maîtrise, son écoute et sa facilitation – est une clef pour accéder ou non aux facteurs contextuels qui jouent sur la prise en charge. Les médecins reconnaissent d'ailleurs volontiers que certaines informations non physiologiques changent radicalement la perception qu'ils peuvent avoir et de la pathologie et du traitement ; ces informations sont plus ou moins accessibles. La prise en charge implique ainsi des aspects tout personnels de la vie des familles, qui demeurent en grande partie implicites et non partagés avec le personnel soignant ni, en conséquence, avec l'organisation du service et de l'hôpital.

Selon une étude portant sur les facteurs qui orientent la communication entre patients et médecins généralistes[380], celle-ci est essentiellement orientée vers l'aspect instrumental des tâches médicales. Pourtant quand l'échange favorise une parole plus ouverte, les parents peuvent replacer l'événement critique dans une historicité qui peut s'avérer *a posteriori* médicalement éclairante. Compte tenu de la configuration interactionnelle des urgences, qui

380 M. Deveugele, A. Derese, J. De Maeseneer, *Is gp-patient communication related to their perceptions of illness severity, coping and social support?, Social Science and Medicine,* 2002, 55, 7, October.

minimise de dialogue avec l'enfant, les parents sont en pratique les principaux détenteurs et messagers de cette historicité essentielle dans les parcours de soin.

La reconnaissance de ce risque de sous-exploitation et de « perte en ligne » des informations détenues par les familles au cours des interactions, morcelées et brèves, avec les professionnels peut conduire à repenser le déroulement des échanges dans les services d'urgence, en considérant l'entourage comme allié objectif du soin et en en tirant les conséquences pratiques en termes de communication médicale.

Des travaux identifiant les *registres de savoirs* des proches et décrivant les conditions dans lesquelles circule la parole dans les services de santé (et aux urgences, d'abord, où le patient n'est en général pas connu du tout) auraient dans cette perspective un intérêt pratique évident.

2.5.3. Quand la communication fait défaut

Si les médecins peuvent passer à coté d'informations utiles détenues par les parents faute de leur poser les « bonnes » questions ou de les relancer, ils se trouvent également démunis face à des accompagnants avec lesquels ils communiquent mal ou face à des enfants qui arrivent seuls. Là, au contraire, quand la communication minimale habituellement déployée à l'égard de l'accompagnant s'avère difficile, le professionnel perçoit le manque d'information. Sur les questions qu'il se pose, au moins, il a en effet besoin de réponses, et un problème de communication avec le parent représente pour lui un problème médical concret. Il y a donc deux catégories de sujets pertinents, ceux que le médecin recherche et ceux qui adviennent par hasard dans la conversation.

Dans l'exemple suivant, d'une mère calme mais très silencieuse et d'un enfant mutique, le professionnel est amené à enquêter en pure clinique et à demander l'aide des collègues, ce

qui, mais c'est un autre sujet, constitue à la fois une ressource et un problème dans une organisation rythmée comme celle des urgences.

> Dans un box : un circuit de santé parmi d'autres
> Un enfant de sept ans arrive pour un érythème (des petits boutons sur le corps).
> Il est d'abord allé à la consultation de dermatologie de Saint Louis, puis en ophtalmie aux Quinze-vingt qui l'a envoyé dans l'hôpital, mais en consultation et non aux urgences. Sa mère semble avoir des difficultés de compréhension. Elle ne paraît pas du tout inquiète.
> Ils sont d'origine algérienne ; elle ne parle pas très bien le français et l'enfant ne parle pas du tout. La mère s'adresse à son fils en français puis en arabe.
> L'enfant se laisse faire et obéit à sa mère, mais ne répond pas. Il est déshabillé pour l'examen. Il dégage une forte odeur et semble ne pas avoir été lavé depuis plusieurs jours. Son nombril est très sale, de même que ses vêtements, en particulier ses chaussettes.
> L'interne qui l'ausculte ne comprend d'abord pas l'origine de l'érythème. Elle demande l'avis d'un médecin, qui en demande un autre, qui diagnostique une gale. Chacun se rend rapidement vers un évier pour se savonner les bras et les mains. L'interne explique son diagnostic à la mère, qui ne montre aucune réaction et semble ignorer soit le terme « gale » soit la maladie elle-même.
> Le médecin prescrit une crème et des fumigènes désinfectants et explique à la mère les règles d'hygiène à respecter pour désinfecter la maison. Elle répète et reformule plusieurs fois ses conseils, mais laisse partir mère et enfant sans être convaincue d'avoir été comprise. Elle me dit que les cas de gale sont très rares aux urgences pédiatriques.

Dans cette scène on voit donc un parent qui apporte peu d'information et n'est pas secondée par l'enfant (dans d'autres cas l'enfant se substitue au parent comme donneur d'information ce qui change fortement sa place dans l'interaction et son statut d'interlocution), et dont on peut craindre qu'il ne saisisse pas la procédure qui lui incombe, implicitement s'agissant des soins de suite.

D'une façon générale, quand la communication fait défaut, se met en place une ligne d'action et de calcul visant à trouver du sens dans les apparences et les comportements. Le professionnel puise alors dans les ressources locales et ponctuelles à disposition. Il est frappant à ce propos que, pour un certain nombre d'épreuves récurrentes, en particulier linguistiques et de recherche de lit dans un service hospitalier, le professionnel réinvente à chaque fois, sans procédure formelle mais en puisant dans ses propres recettes, sa recherche

de solutions. En l'absence de dialogue pour nourrir l'enquête médicale, l'ultime critère est toujours le signe physique, l'observation visuelle, la mesure d'un symptôme manifeste.

Sous ce rapport, les médecins font part de leur gêne lorsqu'ils examinent des patients qui ne parlent pas et dont les parents ne partagent aucune langue commune :

« J'ai l'impression de faire vétérinaire » disait, désolée, une médecin auscultant une fillette mutique et fébrile dont les parents, chinois, ne parlaient pas du tout le français. Pour s'assurer de leur compréhension du diagnostic et du traitement, elle mobilisera l'équipe : pas de sinologue. Un de ses collègues lui dira qu'un médecin « dans les étages » parle chinois. Elle tentera de le contacter, en vain. Finalement, après plusieurs tentatives de communication avec les deux accompagnants et l'enfant, l'un des médecins comprend que cette famille a un ami parlant à la fois le chinois et le français. Il lui téléphonera, à minuit passé, à Marseille, pour qu'il fasse la traduction.

Dans la relation au patient, la communication d'une part, l'accès à des informations biographiques et culturelles de l'autre, sont médicalement centraux. Non seulement les professionnels de santé s'appuient beaucoup sur le dire des accompagnants pour poser le diagnostic et le traitement, mais ils comptent aussi sur eux pour réaliser la suite du traitement à domicile. Il y a ainsi un relais familial à la prise en charge hospitalière qui suppose un seuil minimal d'échange et d'adhésion de part et d'autre.

2.6. Care et « travail de soin »

Depuis quelques années, la question du « travail sur autrui » est saisie dans des cadres plus ou moins éloignés de notre problématique. Ainsi, les réflexions sur le déclin de l'institution (F. Dubet[381], L. Pattaroni) :

« Longtemps, le travail sur autrui, le travail consistant à éduquer, à former, à soigner, s'est inscrit dans ce que j'appelle un programme institutionnel : le professionnel, armé

[381] F. Dubet, *Le déclin de l'institution,* Paris, Seuil, 2002 ; L. Pattaroni, « Le *care* est-il institutionnalisable » *in* P. Paperman et S. Laugier (dir.) *Le Souci des autres… op. cit.,* p. 177-202.

d'une vocation, appuyé sur des valeurs légitimes et universelles, mettait en œuvre une discipline dont il pensait qu'elle socialisait et libérait les individus ».[382]

Le « travail sur autrui », dont relève certainement la médecine ou le soin infirmier, est ainsi une expression-valise recouvrant toutes sortes de valeurs, de contenus, de réalités. Il peut correspondre pour M. Aubry[383] à la nécessité d'aider les plus faibles, qui implique une formation au *care* des professionnels, et pour E. Levinas, à la **«** non-indifférence qui est la proximité même du prochain[384] **»**.

Dans une acception plus étroite du « souci de l'autre », la notion de *care* comme préoccupation, disposition ou activité essentiellement féminine a fait l'objet de travaux nombreux, et d'abord américains. Les travaux des *Gender studies* (C. Gilligan[385]) ont ouvert la voie à d'autres recherches, en dehors même des réflexions de genre, sur le contenu et la nature du « souci de l'autre »[386]. Ce souci d'autrui, longtemps appréhendé sous l'angle féministe est désormais abordé dans le cadre des analyses du travail et de l'activité (P. Molinier[387]), et depuis quelques années, sous un angle politique (J. Tronto, P. Paperman, S. Laugier[388]).

Besoin généralisé dans un monde interdépendant (P. Paperman) ou inclination plus particulière de la femme, épouse, mère ou employée (C. Gilligan) à s'occuper d'autrui, le *care*

---

382 F. Dubet, Le déclin de l'institution, op. cit.

383 M. Aubry : « Le *care*, c'est une société d'émancipation », *Le Monde*, 6 Juin 2010.

384 *In Humanisme de l'autre homme*, Fata Morgana, 1972.

385 C. Gilligan, *Une voix différente. Pour une éthique du* care, Paris, Flammarion, 2008.

386 Tel est le titre du récent ouvrage de P. Paperman et S. Laugier (dir.) *Le Souci des autres…, op. cit.* qui reprend, et publie, un ensemble de textes de différents auteurs aux points de vues divers et parfois divergents, sur la question du *Care*, comme problématique de genre, politique, normative, métaphysique et finalement sensible.

387 Sur la tendresse comme performance dans le *care work*, voir P. Molinier, *Sciences Humaines, Les métiers ont-ils un sexe ?* Hors-série n°146 février 2004.

388 J. Tronto, P. Paperman, S. Laugier, *Qu'est-ce que le care, op. cit.*

engage des réflexions et des débats d'ordre bien souvent politique. Il en va *in fine* de l'organisation de la solidarité, depuis le niveau de la famille jusqu'aux liens invisibles entre citoyens et au-delà envers quiconque au nom d'une « commune humanité ».

P. Paperman[389] montre à ce sujet que le besoin d'autrui, notamment vis-à-vis de la dépendance, soulève une problématique bien distincte du rapport de sensibilité ou d'altruisme des femmes. Elle pointe la précarité courante des « travailleuses du *care* », leurs faibles salaires et les ambiguités liées à la reconnaissance des « métiers de l'autre », massivement occupés par des femmes, de l'aide-soignante à l'aide à domicile en passant par l'assistante maternelle.

Sous l'angle socio-économique des services à la personne, les métiers des « services à la personne » se sont massivement développés : développement du chèque emploi service CESU, 390 000 emplois créés depuis 2005, 2 millions de salariés dans les services à la personne (+15% en 3 ans) et, ce qui est considérable, plus de 3 millions de particuliers employeurs sur l'année 2009[390]. Ils sont principalement assumés par les femmes, ne sont pas qualifiés, correspondent à des temps partiels et sont parmi les salaires les plus bas (1/3 de moins que le salaire médian soit 800 € environ mensuels ; Zelizer, Nicole-drancourt & Jany-Catrice[391]).

D'un point de vue notionnel, aux frontières du soin infirmier et du bien-être, du professionnel et du personnel pour V. Zelizer[392] :

---

389 P. Paperman, « les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel » *in* P. Paperman, S. Laugier, *Le souci des autres, op. cit*. p. 281-297.

390 Sources : *Rapport d'activité 2008 de l'Agence nationale des services à la personne*, Agence nationale des services à la personne, 2009 ; *Les chiffres-clé*, Agence nationale des services à la personne, 2010.

391 F. Jany-Catrice et C. Nicole-Drancourt, *Le care : entre transactions familiales et économie des services*, Paris, La Découverte, 2008.

392 V. A. Zelizer, « l'économie du *care* », in *Le care : entre transactions… op. cit,* p. 18.

> « Les relations de *care* incluent (…) l'ensemble des activités (formelles et informelles) de la prise en charge des soins aux personnes [et] toute attention personnelle soutenue et/ou intense ayant pour effet d'améliorer le bien-être de celle ou celui qui en est l'objet ».

Observons ici que l'auteur parle tantôt de relation, tantôt d'activité de *care*, ce qui pose la question de leur distinction empirique et donc, de la nature, relationnelle et pratique, du *care*, nous y reviendrons.

De là découle l'usage nous pouvons faire de la terminologie de la « carologie »[393]. Dans cette perspective, parler de *care* plutôt que de sollicitude, par exemple, nous permet de laisser ouvert l'espace sémantique bien présent dans les usages de ce terme en anglais, entre activité et « préoccupation », pour emprunter au vocabulaire de C. Licoppe[394]. La notion de *care* englobe, et cela constitue une perspective essentielle pour saisir la participation des parents aux situations d'urgence, une acception technique dite « soignante » (terme piégé en français, mais équivalent, ici à « infirmier »), une dimension relationnelle et une disposition, ou *concernement*[395]. *I care* indique en creux la non-indifférence : on a rayé ma voiture et *I care*, mon enfant est malade et *I care* aussi : cela ne m'est pas égal.

P. Paperman en propose le cadrage sémantico-linguistique suivant, que nous adoptons également :

---

[393] Selon la francisation du terme *carology* par H. Fankfurt, *in* P. Paperman, S. Laugier, *Le souci des autres, op. cit*. p. 203-226.

[394] C. Licoppe, « La multiactivité et ses appuis »… *op. cit.*

[395] Le terme de « concernement », s'il est inusité, existe et est employé notamment chez B. Latour s'agissant des engagements. P. Paperman l'utilise également, notamment dans un colloque sur le *care* où elle dit « Le mot *care*, très courant en anglais, est à la fois un verbe qui signifie « s'occuper de », « faire attention », « prendre soin », « se soucier de » et un substantif qui pourrait selon les contextes être rendu en français par soins, attention, sollicitude, concernement. », in *Colloque : Politiques du* care, CNAM, 21 & 22 juin 2007. Il est très utile pour approcher ce rapport du tiers, passant ou parent, au patient. Voir aussi son emploi par le sociologue P. Brunet, « De l'usage raisonné de la notion de "concernement" : mobilisations locales à propos de l'industrie nucléaire », *Natures Sciences Sociétés* 16, 2008, p. 317-325.

> « (…) en l'absence des activités concrètes du travail qui répondent aux besoins des personnes particulières, la signification éthique du souci d'autrui, et sa portée politique, se trouvent considérablement affaiblies. C'est parce qu'il ne dissocie pas ces deux aspects – disposition et activité, sensibilité et travail – que le *care* anglais à la fois verbe et substantif, reste me semble-t-il préférable au terme français de sollicitude. Son indétermination n'est pas un défaut (…) mais plutôt la condition d'une utilisation fructueuse, laissant ouverte la question de l'articulation entre la sensibilité et l'activité pratique, question décisive pour la revendication de justice qui anime le *care* comme perspective féministe. »

2.6.1. Care for, care about, care giving *et* care receiving

J. Tronto[396] a passé en revue et testé les limites des définitions et des références de Gilligan en particulier, pour renouveler une définition du *care* émancipée des limites d'une approche de genre qui ferait du *care* l'enjeu d'une morale féminine. Le *care* y devient dans son acception la plus pragmatique :

> « Une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre « monde » de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités (*selves*) et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie ».

Il ne s'agit pas de nier que ce sont les femmes qui assument l'essentiel du travail du *care* domestique et familial, mais de dénaturaliser et démoraliser cette dimension. Les *activités de care* doivent être envisagées au-delà de ces registres. Le *care* est alors rapporté d'une façon ou d'une autre à deux motifs récurrents. Le travail et l'activité, réels et cachés, qu'il représente est peu perçu, peu reconnu et mal rétribué, et ce se sont les femmes, essentiellement, qui s'en chargent[397].

---

[396] J. Tronto, Un monde vulnérable… op. cit.

[397] Pour cerner, en dehors de cette recherche, ce dont est fait le *care,* sans doute faudrait-il aussi se pencher sur les satisfactions et rétributions symboliques, voire le *pouvoir* que ce *caring* représente également.

Envisagé de cette façon le *care* n'est plus seulement question de disposition ou de sollicitude mais se présente également comme activité relevant d'un « agir sur », d'un « agir pour » et d'un « souci d'autrui », partiellement inscrite dans une économie globale.

J. Tronto ouvre la voie d'une remise en question profonde des modèles analytiques du *care* en proposant un cadre analytique original centré sur le *care* comme *activité normale* que chacun reçoit et pourvoit alternativement (cf. sa typologie des *care taker, care giver, care for et care about* et la manière dont les rôles s'échangent au quotidien).

Cette conception interactionnelle ouvre à une appréhension du *care* comme pratique ordinaire, ce qui permet de le percevoir comme ciment ordinaire de l'existence sociale, indice et expression de l'appartenance à un collectif concerné et activité mixte alternant *care receiving* et *care giving.*

2.6.2. Mise à l'épreuve des limites du care giving

Le *care*, ce que la mère fait pour son enfant, la femme de ménage pour son patron, l'aide-soignante pour le patient et finalement aussi, le passant pour l'inconnu auquel il porte secours, pose la question des limites de cet engagement pour autrui, des limites et des possibilités de mutualisation ou de segmentation du *care giving*.

Comme C. Gayet-Viaud l'évoque avec brio s'agissant des modalités du don aux personnes sans domicile dans la rue[398], avoir l'impression de risquer d'en faire trop, ou trop peu constituent les obstacles siamois au geste de don du passant au SDF. Le SAMU social résout ces obstacles grâce aux limites fixées institutionnellement autour des tournées. Dans le cas des urgences, et surtout de l'appel aux pompiers, ce risque d'en faire trop est réduit au maximum. Il suffit d'appeler, de sa voiture, et sans même s'arrêter pour que, potentiellement,

---

[398] C. Gayet-Viaud, « Du passant ordinaire au Samu social … », *op. cit.*

le besoin d'aide soit satisfait sans s'être exposé soi-même. Toute une dimension de l'échange avec les pompiers consiste d'ailleurs à évaluer les possibilités de présence et d'aide mobilisables sur place, et à amener l'appelant à devenir *care giver*, au-delà de son appel.

Entre parent, enfant et professionnel le problème est inverse : ce n'est pas le parent mais le professionnel qui peut estimer que l'autre « en fait trop ». Comme nous avons vu que le parent agit en partie pour lui-même, comme membre de son groupe, c'est un *care giving* un peu particulier, ou plutôt selon la typologie de J. Tronto, un *care for* et un *care about* qui l'inclut et face auquel le professionnel doit ménager la possibilité d'un *care* expert soignant qui ne soit ni au service du parent, ni en opposition avec lui. Le cas de l'orteil cassé montre bien la relative difficulté de ce positionnement, entre *care for, care giving* et *care about*, des deux côtés des tiers, autour du patient.

2.6.3. Du care *soignant au* care with *du parent*

Si le *care* est à la fois un souci de l'autre[399] et un « agir pour autrui », alors il commence avec l'alerte, y compris celle lancée par un passant au sujet d'un inconnu et se poursuit avec l'accompagnement, *care for* doublé d'un *care with.* L'expression n'appartient pas aux catégories de J. Tronto mais nous pourrions l'ajouter s'agissant spécifiquement de ces *carers* accompagnants, dans toutes sortes de circonstances de la vie sociale. Le *care* s'actualise parallèlement dans une « prise en charge» qui est un *care giving* technique réalisé par les professionnels de l'urgence, des pompiers aux infirmiers et aide-soignant (et l'on se demandera si l'acte médical est un *care* ou plutôt, un *cure*…). Enfin, il se prolonge au quotidien, dans le rapport parent-enfant et singulièrement, mère-enfant (*care about* et *care giving* attachés au lien parental et majoritairement assumé par les femmes). Nous retrouvons,

[399] P. Paperman et S. Laugier (dir.) *Le souci des autres…op. cit.*

à nouveau, une forme d'implication multidimensionnelle et multi-acteurs, qui nous renvoie à l'idée d'une situation de *care* élargie dans laquelle l'épisode « secours d'urgence » s'inscrit sans la résumer.

Si le parent réalise un *care* dont les frontières avec celui du soignant sont mouvantes et poreuses, nous voyons aussi que certains aspects du *care* ne sont, eux, pas interchangeables et qu'ils comportent des aspects relationnels et d'autres techniques, des aspects de « sale boulot » très concrets et d'autres de l'ordre de la préoccupation. Regardons donc concrètement quel est ce *care giving* dans les services d'urgences pédiatriques, s'agissant spécifiquement des tiers incontournables que sont les parents et de la répartition éventuelle des *care* entre soignants et parents.

2.6.3.1. Participer au care soignant

Une partie du *caring* parental aux urgences s'effectue en collaboration avec les soignants. Les infirmiers, en particulier, coopèrent avec les parents autour de l'enfant, en leur demandant de se joindre au soin ou en le leur déléguant.

Le travail des infirmiers se divise, très grossièrement en général en trois grandes familles d'actes impliquant les parents : les examens pour identifier, les soins et les aménagements liés au séjour (nourritures, couches, nettoyage des vomissures, hydratation, installation couchée ou assise de l'enfant, changement de box etc.). Ils confient tacitement aux parents au maximum ce troisième pan de *care* et mettent également les parents à contribution au moment de réaliser des examens ou des soins, en particulier les soins douloureux. Pour faire ingérer un médicament qui a mauvais goût, réaliser injections et prélèvements ou

pansements, le soin se passe mieux si l'enfant est sur les genoux de sa mère ou a un contact physique avec elle[400].

Le travail de J. Lawler[401] sur *La Face cachée des soins* s'attarde sur ce qui fait un « bon patient » et ce qui est attendu de lui. Pour résumer, le bon malade est celui qui se laisse faire, qui coopère et qui fait ce qu'on lui demande de faire.

Aux urgences, en général, un « bon parent » est avant tout, pour les professionnels, un parent *présent*, compte tenu des conséquences diverses et toutes problématiques liées à son absence, d'un point de vue juridique, mais aussi médical et soignant[402].

Au niveau du soin infirmier, le « bon parent », est, dans le même ordre d'idée que le bon patient de J. Lawler, celui qui aide, c'est-à-dire en fait celui qui n'est pas « empoté », qui ne « reste pas comme un bout de bois », qui « s'intéresse », qui reste vigilant pour voir s'il peut aider l'infirmière, si l'enfant n'a besoin de rien et s'il ne « s'agite pas »[403]… celui aussi qui peut assister les soins techniques, douloureux ou impressionnants, ne s'évanouira pas, ne restera pas à la porte du box.

Si pour certains soins, la présence du parent est ainsi requise mais non indispensable, pour d'autres, notamment la prise d'aérosols, elle est essentielle. Une pièce dédiée qui contient des masques et des bouteilles sert à faire passer des aérosols aux enfants ayant un problème respiratoire, le plus souvent de l'asthme. Dans ces cas, la prise d'aérosol dure entre une demi-heure et plusieurs heures. Les infirmiers préparent l'aérosol, une mixture tiède et odorante dégageant beaucoup de fumée que l'enfant doit inhaler à travers un masque, à charge pour l'accompagnant d'assurer la surveillance. La présence d'un parent est cruciale pour ce

---

400 Bien qu'en fait si le soin est jugé impressionnant, l'infirmier s'assure que le parent supportera la scène et lui propose de se mettre en retrait au premier signe de malaise.

401 J. Lawler *La face cachée des soins*, Paris, Seli Arslan, 2002.

402 Cf. première partie, chapitre 1.1.1. «en SAU, le parent introuvable ».

403 Nous reprenons les expressions des infirmières elles-mêmes.

soin très simple parce qu'il prend du temps : sans accompagnant, c'est un aide-soignant qui se retrouve immobilisé auprès de l'enfant ce qui dans un service d'urgence parisien où le personnel est toujours occupé, est immédiatement problématique pour l'ensemble du service.

2.6.3.2. Compliance des parents

J. Lawler met également en évidence un système de règles élémentaires que les infirmiers s'attendent à ce que les patients suivent, notamment la *compliance* et l'acceptation du contrôle. Ce terme anglais qui n'a pas encore trouvé place dans les dictionnaires français désigne, ici, entre soumission et coopération, la manière dont une personne malade suit plus ou moins scrupuleusement ce qu'un soignant lui prescrit.

En l'occurrence aux urgences pédiatriques, cette *compliance*, si elle a cours auprès des patients d'une manière différente de ce que décrit Lawler, touche aussi les accompagnants.

Une partie du travail des infirmiers consiste à faire accepter ou au moins à parvenir à pratiquer sans violence un soin douloureux à un enfant, plus ou moins récalcitrant. Ils *n'attendent* pas des patients de la *compliance* ; ils travaillent constamment à *l'obtenir*, ce qui les différencie profondément des services pour adultes. Ils disposent pour cela d'un certain nombre de *ficelles*, conçues plus ou moins localement. Certaines concernent la relation du soignant avec l'enfant : promettre un ballon, un « certificat du courage », une sucette, une boisson à l'issue des soins ; calmer, caresser, parler doucement aux nourrissons avant et pendant les soins, les bercer éventuellement après ; accompagner le soin d'encouragements, que l'enfant se laisse faire ou non (« c'est bien… tu es courageux ; c'est bientôt fini »). D'autres ficelles impliquent les parents : faire faire le soin par la mère, en particulier. Dans l'ensemble, quand l'enfant doit être maintenu dans une position spéciale et qu'il est trop jeune ou trop effrayé pour le faire de lui-même, les infirmiers ont recours aux parents. Lorsqu'ils estiment que les parents feront plus de mal que de bien (s'énerver, marquer trop visiblement

leur inquiétude, contester, s'évanouir), ils les font sortir et se sont d'autres infirmiers, les aides-soignants ou les brancardiers qui sont alors requis pour tenir l'enfant. Ils comptent sur les accompagnants pour aider, calmer l'enfant, le rassurer, le maintenir immobile.

Il ressort que les soignants se positionnent vis-à-vis des parents en fonction de ce que les parents peuvent faire pour faciliter le travail infirmier. En d'autres termes, la part soignante ou périphérique au soin (tenir l'enfant, le distraire et le rassurer pendant un soin) des tiers est certes un *caring* envers l'enfant mais c'est aussi *une participation à l'activité des soignants*. Les soignants mobilisent le parent en fonction de ce qui les aide à conduire leur activité. Les parents sont sous cet aspect traités en auxiliaires de soins infirmiers. Leur participation est, certes, informelle, mais néanmoins tangible, sollicitée et intégrée à l'activité professionnelle ordinaire. Ils ne sont pas accompagnants, mais bien *acteurs de soin* aux côtés et sous le pilotage infirmier. Les duos parent-infirmier et parent-aide-soignant constituent aux urgences des réalités ordinaires fortement intriquées dans l'activité experte.

2.6.3.3. Le parent, un co-carer pour le soignant ?

Si le parent est peu reconnu formellement comme *care giver* technique, il est donc très mobilisé aux urgences, et au-delà, il est pris en compte par l'institution pour les cas de figure où il est incontournable (grande dépendance, maladies génétiques et orphelines de l'enfant – mucoviscidose en particulier[404]…). Ainsi que l'écrit encore G. Cresson :

> « Les [professionnel] ne peuvent que s'appuyer sur l'entourage pour surveiller au long cours une pathologie chronique, pour lire les signes de la maladie : saignements pour les hémophiles, crachats anormaux dans la mucoviscidose, etc. En écoutant le discours tenu par les médecins hospitaliers et libéraux sur ces pathologies, le fait que la médecine s'appuie constamment sur la famille apparaît clairement. La surveillance ne peut être conduite par les seuls professionnels de santé. Il existe une responsabilité importante des familles[405] ».

404 Voir, sur la prise en charge des soins et la mucoviscidose G. Cresson, *Les Parents d'enfants hospitalisés à domicile, op. cit.*

405 *Ibid.*

Elle souligne la porosité de la frontière technique sensée séparer le *care* technique réservé aux infirmiers et le *care* parental et essentiellement maternel. Elle met ainsi en évidence la continuité de fait qui peut exister entre soin de préservation, de prévention et de réparation, ce qui permet aussi de penser une continuité et parfois un recouvrement des activités infirmières, autonomes et tierces. Et effectivement, aux urgences, les parents ayant déjà été confronté à des maux nécessitant des gestes techniques répétés (asthme et aérosols ou kiné respiratoire, diabète et injections…) font eux-mêmes un large éventail de ces gestes, en accord et avec l'encouragement de l'infirmière, qui éventuellement montre la technique à utiliser et explique le fonctionnement des instruments, et laisse les parents à ce *care* soignant, en repassant vérifier cependant que le soin se déroule correctement.

En résumé, non seulement les parents informent les soignants sur les antécédents, ont la responsabilité de l'enfant, de ses faits et gestes et de l'évolution de son état durant l'épisode passé aux urgences, restent auprès de lui dans les boxs le long des longues périodes de temps sans visite professionnelle, entre deux examens ou en attendant l'ordonnance, mais encore ils « soignent » : une partie d'entre eux réalise une activité soignante technique au sein des urgences. Si nous somme moins dans une collaboration coprésente que dans une activité pilotée, prescrite ou surveillée à distance par les professionnels, la participation concrète des parents à la « prise en charge» dans son sens usuel le plus « médico-soignant », est néanmoins patente.

Si cette figure du parent *care giver* a un intérêt c'est ainsi d'être à la fois *évidente*, si banale qu'on ne la perçoit plus vraiment comme partie de l'action, *omniprésente et utilisée*. Pour la sociologue G. Cresson, la sous-estimation du *care giving* profane en tant que travail et compétence est à la fois courante est *médicalement* fallacieuse. Elle écrit :

> « La notion d'*aide* appliquée au travail sanitaire profane est inacceptable. Sans travail profane, les chances de guérison diminuent considérablement. Du point de vue du système de santé, il n'est pas accessoire mais fondamental (…) Les femmes ont massivement la charge du travail domestique de santé, qui demeure largement invisible. Le premier problème méthodologique consiste à prendre la mesure de sa réalité, tout simplement, d'en prendre conscience. Souvent, lorsqu'on demande aux femmes : “ qu'avez-vous fait lorsque votre enfant était malade ? ”, elles répondent qu'elles n'ont rien fait de spécial. Or, lorsque l'entretien est approfondi, les femmes expliquent alors avoir changé les draps plusieurs fois si l'enfant a souillé son lit ; elles ont veillé une partie de la nuit ; elles ont pu lui administrer des médicaments de leur propre initiative, effectué quantité d'autres gestes orientés vers le soulagement de cet enfant... Lorsque le travail domestique est la conséquence d'une maladie grave, alors il devient plus visible. Sinon, en règle générale, les femmes ont tendance à l'euphémiser, suivant en cela la société dans son ensemble [406]».

G. Cresson[407] montre que la séparation entre les pratiques de maintien ordinaire des conditions d'existence enchâssées dans les pratiques de la vie quotidienne, et les pratiques de soin médical se confondent largement dans de nombreux cas de participation de l'entourage à la prise en charge domestique. Le *care* domestique-soignant est à la fois polymorphe, performant, technique et naturalisé[408].

C'est peut-être lorsque l'enfant-patient arrive dans le service d'urgence sans tiers que ce *care* polymorphe se révèle le mieux.

2.6.5. Rôle affectif de l'entourage

Nous venons de voir que *de facto,* la participation pratique des parents aux soins est constante. Elle n'est pas pour autant perçue comme nécessaire et se signale surtout lorsqu'elle

406 G. Cresson, « La famille face à ses malades : quelles ressources, quel rôle, à quel prix ? », *Les Rencontres SIRS,* INSERM, Paris, compte-rendu, 31 mars 2005.

407 G. Cresson *Les Parents d'enfants hospitalisés, op. cit.*

408 Ce n'est qu'en 2005, lors du cadre très spécifique de la journée Alzheimer, qu'une partie des interventions officielles a porté sur le travail de soin de l'entourage, son isolement, sa faible reconnaissance et surtout ses imites, non pas techniques, mais en terme d'usure, de découragement et de possibilité de dégager du temps libre, faute de dispositifs d'aide adaptés à cette prise en charge domestique. C'est précisément l'absence d'alternative entre hospitalisation et soins à domicile domestique qui était mise en cause, et derrière elle, le manque de connaissance fine du travail de prise en charge réalisé par l'entourage et de ses conséquences.

fait défaut. Les professionnels reconnaissent spontanément trois domaines où le parent est attendu : la responsabilité juridique, la question de l'information médicale et des antécédents du patient, et le plan affectif.

Les professionnels, en particulier les infirmiers, supposent et attendent des parents qu'ils manifestent un engagement sur ce plan ; c'est un aspect de la prise en charge qui leur est en quelque sorte accordé de droit *et* pour lequel il en va de leur devoir.

Lorsque cet engagement manque ou se réalise d'une manière critiquable du point de vue des professionnels, se révèle en creux toute l'attente qui porte sur l'entourage de la part des professionnels. Le soutien affectif et la sociabilité de l'entourage suscite une forme de jugement, parfois assez précis. Elle nous semble renvoyer à une conception moins médico-soignante que collective et sociale de la répartition des engagements autour d'un individu.

L'idée semble être que si le service doit prendre en charge un *patient*, il incombe à l'entourage de s'occuper de *l'individu*, de la personne sociale. L'absence d'un entourage interpelle les professionnels sur un plan pratique au sein du service mais surtout dans leur citoyenneté. Il paraît évident pour l'ensemble du personnel hospitalier que si la sphère sociale, affective, est éloignée de leur champ de compétence, elle est néanmoins nécessaire à *l'individu* hospitalisé, voire au *patient*.

On peut trouver dans la littérature sur la relation médicale des conclusions indiquant que la relation entre médecin et patient aux urgences serait soumise à un décalage des définitions traditionnelles de la profession de médecin généraliste. Se jouerait, avec l'essor d'une médecine de plus en plus technique, une réduction de la pratique médicale hospitalière à des gestes, des actes, de la résolution de problèmes. La part « relationnelle » serait déléguée ou attribuée au personnel soignant et non-professionnel à travers la politique même de recrutement des personnels hospitaliers médicaux et soignants, qui dans son principe

assignerait la relation et donc le *temps* à passer auprès du patient à une autre catégorie de personnel, non médicale, et moins chère.

Ainsi l'évolution affichée d'une médecine centrée sur le patient et non sur la maladie aboutirait paradoxalement à ce que la dimension relationnelle soit retirée aux médecins409. Or si le retrait relationnel des *cure givers* est sensé être pallié par des *care givers,* alors l'enjeu de la présence de tiers eux-aussi *care givers* comme nous venons de le voir n'en devient que plus aigu, ces tiers venant compenser relationnellement et affectivement une certaine sècheresse technique et opérationnelle de la prestation médicale. La prise en charge fonctionne ainsi comme si professionnels et entourage avançaient tout au long du traitement du cas médical l'un deux chemins parallèles et co-dépendants, l'un technique, impersonnel et segmenté et l'autre affectif, personnalisé et à travers une présence continue.

2.7. Un personnage au statut ambigu : le patient

Nous avons pu constater presque systématiquement que le poids du parent dans l'interaction avec les professionnels, leurs interrogations, leurs enquêtes et, finalement, leurs actions, autour et pour le patient, voit la présence de ce dernier comme d'emblée atténuée.

N. Dodier[410] distingue des patients actifs vis-à-vis de leur médecin et bien informés par des tiers (associations, médias, entourage), et des patients passifs et qui s'en remettent aux médecins. Dans le cas des urgences pédiatriques, cette distinction se décale en quelque sorte du patient bien ou mal informé, à ses accompagnants, dans un contexte où de toute façon, le degré de compétence du public intervient peu dans ce que le professionnel estime devoir faire.

---

409 H. Charles-Jones, J. Latimer, C. May, *transforming general practice: the redistribution of medical work in primary care* sociology of health and illness 25,1 2003.

410 Barbot, J. ; Dodier, N. « L'émergence d'un tiers public dans le rapport malade- médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH », *Sciences Sociales et Santé,* vol. 18, mars 2000.

Le cadre d’intervention aux urgences est surtout celui d’une stabilisation ou d’une *réparation* ciblée, et sans suivi, donc sans qu’une prise en charge concertée s’engage vraiment à ce stade avec le patient directement.

Si nous comparons la prise en compte du bénéficiaire des secours au 18 et dans les SAU, nous constatons que dans les situations de coprésence au sein des SAU, l’attention et le dialogue inclut le patient davantage qu’au téléphone. D’une façon générale, dans les situations de polylogue téléphonique, les professionnels se concentrent sur l’interlocuteur présent au bout du fil, en lui laissant le soin d’être son « agent de liaison » auprès des personnes situées auprès de lui, notamment la victime. L’intercession d’un tiers donneur d’alerte concentre ainsi l’échange sur ce tiers. C’est une situation qui conduit à un partage de la communication et de la coopération dans lequel le tiers prend la plus grande part.

Dans les SAU, lieu de la prise en charge effective, la perspective est différente. Il ne s’agit plus d’aller le plus vite possible (même s’il faut – rarement – stabiliser avant tout), mais de parvenir à un diagnostic et, surtout, au traitement le plus *ajusté*. Dès lors, le patient est nécessairement pris en compte. Il l’est visuellement, dès le premier contact avec l’IAO, puis biologiquement lors des différents examens. Sur le plan interactionnel, le parent le prend souvent à témoin. Enfin, lorsque le professionnel s’adresse à lui pour obtenir une information directe ou pour confirmer une chose dite par le parent et entériner une décision.

Néanmoins, dans le cas des urgences pédiatriques – avec la spécificité d’un public d’enfants – les professionnels s’adressent d’abord, et plus longuement, aux parents qu’aux patients, y compris les plus âgés, même si les exceptions sont nombreuses.

2.7.1. La place du patient-enfant

Partant du principe que les enfants ont besoin d'un adulte concerné pour assurer et entourer leur prise en charge nous devons nous garder d'évacuer du même coup tout le champ de ce que les enfants peuvent faire et faire faire seuls, sans le recours d'un adulte. Du nourrisson à l'adolescent mais aussi de la catalepsie à l'écorchure, rien de commun entre les capacités de ces enfants mis à part le statut de mineur et le besoin d'un soin. Quelle est la marge d'action des patients au sein des services qui le prennent en charge ?

Nous avons pu constater que quelque soit l'âge de l'enfant, la simple présence d'un tiers revient à en demander moins au patient : à choisir, on s'adressera à quelqu'un d'autre qu'à lui et ce faisant on entérine une situation, plus ou moins réversible, où il perd de sa force illocutoire.

Les notions de stigmate et de discrédit chez Goffman sont alors intéressantes pour comprendre ce qui disqualifie aussi bien l'enfant de 10 ans que celui de 2 mois comme interlocuteur crédible et principal :

> « Stigmate : situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche pleinement d'être accepté par la société[411] »

En l'occurrence le patient enfant est doublement stigmatisable, par son jeune âge par rapport aux autres locuteurs, par son statut de mineur et par sa pathologie.

La manière dont Goffman décrit les réactions possibles de la personne à ses stigmates est équivoque. Il peut chercher à se protéger du discrédit en tentant de maîtriser les impressions qu'il donne et en masquant ou en contrebalançant son stigmate par d'autres attributs positifs (garder son calme, courageux, euphémiser la gravité du problème ou la douleur ressentie)…

---

[411] E. Goffman, *Stigmates*, *Les usages sociaux des handicaps* Paris, Minuit, 1977.

Mais il peut aussi, ainsi que Becker nous aide à le repérer, participer au discrédit qui le touche et s'en arranger, tentant même éventuellement d'en retirer les avantages liés à la position d'infériorité interactionnelle dans laquelle il est confiné : se laisser faire, lâcher prise, se faire servir, se faire plaindre, exprimer largement son malheur, déléguer aux initiés, au tiers, obtenir des cadeaux.

Dans une perspective interactionniste, nous dirons que l'enfant est « placé à sa place d'enfant malade », qu'il développe des adaptations secondaires à ce statut de mineur et dont il peut parfois jouer.

2.7.2. Triste tropisme

Dans les interactions triadiques, l'enfant s'efface presque systématiquement et les deux adultes dialoguent essentiellement entre eux, s'adressant à l'enfant pour confirmer ce qui est dit ou dans un deuxième temps de l'entretien.

Le patient a pourtant généralement des choses à dire sur ce qui lui arrive et que d'ailleurs quand il est adressé parce que l'on ne peut pas faire autrement, ce qu'il dit est pertinent, et donc sa ratification n'a rien à voir avec l'intérêt de ce qu'il a à dire mais tout à voir avec son statut d'enfant.

Certains travaux sociologiques se sont attachés à décrire et analyser ces formes linguistiques et conversationnelles particulières[412], mais plutôt dans des cadres professionnels

---

[412] Cf. C. Orecchioni, C. Plantin, *Le trilogue, op. cit.* et B. Conein, M. de Fornel et L. Quéré, *Les formes de la conversation*, Paris, CNET, 2 volumes, 1990. Nous avons abordé plus en détail les travaux sur le trilogue dans l'introduction générale de la thèse. Et A. Borzeix, « Ce que parler peut faire »… *op. cit.* sur l'organisation sociale de la parole entre ouvriers et hiérarchie en réunion. La parole de l'enfant est en revanche largement détaillée en psychologie. Cf. M. Grossen & S. Diemand Rollet, *La prise de parole de l'enfant dans des entretiens cliniques : les effets pragmatiques des changements de cadre participatif provoqués par un adulte*, Psychologie de l'Interaction, 2002 ; A. Hamad « Le statut du sujet dans le langage et dans la parole », *in* C. Schauder *et al., Lire Dolto aujourd'hui*, Paris, Erès, 2008.

hiérarchisés, (entre adultes, donc). Michèle Lacoste[413], qui parle quant à elle de « parole plurielle » pour évoquer les situations de polylogue, met en avant l'apport des travaux d'E. Goffman pour analyser les échanges verbaux à plus de deux, du point de vue de leur organisation sociale[414]. E. Goffman ne les a traités directement qu'en de rares et brèves occasions mais élargit lui-même le champ des interactions élémentaires à mesure que ces travaux portent sur le langage plus spécifiquement[415].

Dès qu'on a affaire à un trio apparaît la possibilité que ce trio se scinde en un duo, flanqué d'un cavalier seul, consensuel (de son plein gré) ou conflictuel (sur la touche). Dans nos cas, troisième possibilité, le troisième (l'enfant, la victime) est simplement passif, absent à l'échange, tout juste disponible. Il est néanmoins ratifié : regards, mouvements du corps vers lui, adresses minimales ou purement phatiques le tiennent à la périphérie de l'échange, s'assurent de son écoute et il reste ainsi au cours de l'échange un interlocuteur potentiel que l'on peut interroger en cas de besoin. Sur ce phénomène de ratification passive, pour V. Traverso[416] :

> « (…) si parmi les participants, il y a un tiers ponctuel, pour la durée de l'échange, l'échange en question ne se construit pas sans lui. Il en est bénéficiaire, et diverses procédures sont continuellement utilisées par lui-même et ses partenaires (l'enfant sait

---

413 M. Lacoste, « Parole plurielle et prise de décision », *in* E. Goffman, *Le parler frais d'Erving Goffman*, Paris, Minuit, 1989.

414 Il s'éloigne ainsi d'une analyse menée du point de vue de leur organisation linguistique, ce qui le distingue des sociolinguistes et dans une certaine mesure aussi des ethnométhodologues : la question de la méthode de recueil et des manières de traiter le matériau langagier puise peu, chez E. Goffman dans la boite à outil linguistique. Comme le rappelle M. Lacoste, il s'y intéresse moins en effet moins pour son organisation propre qu'en vertu de son organisation sociale.

415 Mouvement réellement repérable à partir des Cadres de l'expérience (*Frame analysis* 1974), en particulier le dernier chapitre « les cadres de la conversation », puis dans Façons de parler (*Forms of talk*, 1981) qui lui est entièrement consacré.

416 V. Traverso, « Gestion des échanges dans la conversation à trois participants », *in* C. Orecchioni, C. Plantin, *Le trilogue*, *op. cit.*

que son heure viendra ?) pour maintenir la dynamique trilogale et construire à trois l'interaction »

Tout est fait par l'ensemble des participants pour que le tiers ne reste pas un tiers, mais qu'il participe de façon même minimale à l'échange en cours.

A un niveau descriptif, la structure hiérarchique qui veut que les enfants se taisent quand les grandes personnes devisent correspond bien à l'organisation de la parole qui s'impose dans l'interaction médicale. L'interaction triadique en pédiatrie correspond typiquement à ce que C. Plantin, qui a travaillé spécifiquement sur le trilogue[417], appelle un « trope communicationnel » : l'émetteur-professionnel sélectionne plutôt un des locuteurs (le parent ou l'adulte accompagnant) sans pour autant exclure l'autre, par un jeu de regard plus appuyé. C'est le plus souvent le locuteur privilégié qui répond[418].

2.7.3. Force et faiblesse illocutoire du patient-enfant

Les patients mineurs ne disposent pas de la même force illocutoire que les adultes. Il existe néanmoins des situations où leur force illocutoire est importante. Dans les instances juridiques spécialisées par exemple, la parole de l'enfant peut bénéficier à la fois de pouvoir et de crédibilité, voire disposer d'une force illocutoire plus grande que celle d'un adulte. Mais dans les services médicaux spécialisés sur l'enfance, c'est encore la parole de l'adulte qui semble prévaloir. *Semble* seulement pour deux raisons. D'une part on peut évoquer l'hypothèse d'une courtoisie faite aux parents et accompagnants mais qui en fait n'invalide pas la parole de l'enfant, qui aura un espace, en son temps, parfois à l'écart des parents. D'autre part ces services ont affaire à des situations où l'enfant est victime en même temps

417 *Ibid.*

418 *Ibid.*

que patient (mauvais traitements, violences physiques, sexuelles, pédophilie). Dans ces cas là, des procédures consistant d'une part à étayer le dossier juridique et d'autre part à apporter un soutien médico-psychologique à l'enfant aboutissent à faire, au contraire, la plus grande place à l'écoute de l'enfant et à sa parole, qui reste néanmoins très fragile. La conduite tenue alors consiste souvent à isoler l'enfant de son entourage de crainte qu'il n'inhibe sa parole. Ces cas, bien que marginaux en nombre, montrent que la parole de l'enfant peut avoir une force illocutoire bien supérieure à ce qui apparaît en général lorsqu'on observe le déroulement des entretiens médicaux courants. Il n'y a pas de facteur *naturel* qui interdise de prendre au sérieux la parole de l'enfant ou ses capacités à apporter des informations pertinentes.

Enfin si le patient est tout de même, généralement, moins adressé que son entourage, il ne s'ensuit pas que *tous* les enfants soient éclipsés dans les échanges. Nous avons eu souvent l'occasion d'observer comment, avec des familles non francophones, c'est un jeune frère, une sœur ou un cousin, mineurs, qui assurent la traduction entre les professionnels, la famille et le patient, et se retrouvent alors dans une position centrale, avec une parole qui est encouragée, crue, et recherchée.

CONCLUSION

Si les professionnels sont formés et se conçoivent comme experts de l'enfant, la relation avec leur famille reste pourtant peu formalisée. Lorsque les professionnels en pédiatrie déclarent, fatalistes, qu'il n'y a « pas d'enfants sans parents » il faut entendre que faire avec les familles n'est ni toujours facile, ni toujours vécu de façon positive, voire, qu'on s'en passerait volontiers. La famille fait ainsi partie du patient mais elle est souvent présentée par les professionnels comme un élément revendicatif et perturbateur compliquant l'examen et le soin du patient. Pourtant le parent est à bien des égards au centre de l'organisation des pratiques.

Nous avons vu que dès l'admission du patient, l'entretien infirmier se déroule avant tout entre le parent et l'IAO. L'entretien médical proprement dit s'articule également autour de la famille. Le professionnel tend à s'adresser d'abord au parent pour éclairer son jugement. Il lui fera préciser les circonstances du problème, les antécédents médicaux de l'enfant, et les principaux éléments de contexte permettant de situer la pathologie. Il est, plus que l'enfant lui-même quelque soit son âge, pourvoyeur d'informations essentielle à la compréhension de la situation, et utiles à la réalisation d'un diagnostic.

D'autre part, le parent, s'il y paraît apte (s'il ne risque pas de s'émouvoir excessivement), est largement mis à contribution lors des soins.

Lors de la prise en charge immédiate, les parents accompagnent finalement non seulement l'enfant, mais l'équipe médico-soignante.

Au-dehors, c'est encore eux qui assureront les soins de suite et l'observance du traitement… Les parents sont ainsi véritablement centraux au sein même du dispositif médical et soignant mis en place par les services d'urgence.

Ils se révèlent ainsi bien plus que des accompagnants. Ce sont des *care givers* domestiques et soignants, dont l'implication sert l'enfant mais aussi les soignants et l'ensemble du service. Leur simple existence produit un impact sur les tournures qui sont données à l'activité du service. Nous pouvons penser ici à un travail de P. Luff et C. Heath au sujet de la notion de « contexte partagé » :

> « Pour un grand nombre de situations professionnelles et organisationnelles dans lesquelles les acteurs sont engagés, ce sont l'action et l'activité des tiers qui fournissent l'orientation principale dans la production pratique de la conduite, et ce sont les contributions de ces tiers qui définissent les contingences que les acteurs doivent gérer [419]».

[419] P. Luff, C. Heath, 2000, *Technology in action*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 672, cité par P. Salembier, M. Zouinar,. "Intelligibilité mutuelle et contexte partagé, Inspirations conceptuelles et réductions technologiques", *@ctivités*, 1 (2), 64-85, 2004.

Bien des signes manifestent en effet une prise en considération de la présence du tiers, mais indépendamment de sa participation effective à la prise en charge au sein de l'hôpital. Point d'entrée du patient dans l'hôpital mais aussi témoin extérieur de ce qui s'y déroule, il joue par la seule éventualité de sa venue un rôle à la fois manifeste empiriquement et peu théorisé formellement.

On peut résumer les domaines et la manière dont le parent, en particulier, intervient dans la prise en charge en quatre points. Sa présence est active et dans une certaine mesure directement *curative*. Elle *informe* en outre les décisions et examens des professionnels par ses connaissances d'arrière-plan concernant le patient. Elle représente un *auxiliaire des soins*, qui prend largement en charge la dimension de ce qu'il est convenu d'appeler le care, dans ses aspects biologiques, affectifs, « préoccupationnels » (pour conserver, malgré le néologisme, l'idée importante de « préoccupation »[420] comme pensée pratique d'arrière plan) et techniques. Elle incarne enfin une *continuité de la vie* de l'expérience et des soins, traitements et suivi de l'enfant, tissant l'événement dans le cours de la vie de la famille et assumant la responsabilité de l'observance et de l'intendance que suppose le traitement.

Dans le cas particulier d'une personne durablement fragile, vulnérable, dépendante ou malade, l'entourage (surtout le parent pour l'enfant, mais pas seulement, comme nous le voyons) coordonne finalement (organise et mobilise) dans la durée les différentes aides et interventions qu'appelle son état. C'est un *tiers-coordinateur* que des services qu'on ne croise qu'une fois, comme les urgences, n'ont pas nécessairement la possibilité d'identifier comme tels, en particulier quand la communication reste superficielle. L'enjeu de les percevoir aisni est pourtant patent, et renvoie à des problématiques de plus en plus courantes et aigues liées au maintien à domicile et à l'augmentation du transfert du *care* soignant à l'entourage et à la sphère privée. La collaboration des tiers-aidants avec les services de *secours*, et pas seulement

[420] Cf. C. Licoppe, « La multiactivité et ses appuis », *op. cit.*

les professionnels de santé en général, représente un enjeu social qui appellerait de nouveaux travaux.

Si l'on tire un parallèle avec l'appel au 18, le secours dépend là aussi d'un tiers – pas un parent, mais quiconque remarquant un problème et prenant l'initiative de prévenir les pompiers, du passant au parent. Du concernement à l'engagement, de l'alerte au soin et du passant au parent, l'accès au secours d'urgences dépend presque entièrement de l'intervention de tiers non-professionnels. Si le degré d'engagement, de participation pratique, de *caring* est sans commune mesure, du passant au parant, c'est un rapport de non-indifférence agissante à l'égard d'autrui qui détermine la possibilité du secours. Chacun, face à l'urgence, est vulnérable d'abord à l'absence d'un tiers. Dans un tel paradigme nous ne sommes pas vulnérables tant à ce qui nous menace qu'à l'inertie, l'inaction, l'absence d'intervention extérieure, qu'elle soit proche, ou anonyme.

Cet aspect ouvre à deux développements plus larges que nous allons aborder dans la conclusion générale.

D'une part se pose la question de *l'étendue* de la situation de secours, dès lors qu'on y inscrit l'initiative d'un passant, l'intervention de professionnels ou la participation continue d'un parent, dans et hors les murs de l'hôpital.

D'autre part, l'intervention tierce, à la fois anonyme du passant, professionnelle du secouriste et familiale du parent en cas d'urgence n'esquisse-t-elle pas le modèle d'un rapport social triangulaire au « porter secours » ? Un tel modèle engage nous semble-t-il une réflexion politique plus large sur les paradoxes d'une « société du secours tiers » ou, pour prendre appui

à ce sujet sur les réflexions d'A. Caillé s'agissant de la société du don, un « tiers paradigme du secours »[421].

[421] Voir A. Caillé, Anthropologie du don, op. cit.

CONCLUSION : UN TIERS-PARADIGME DU SECOURS ?

Nous somme tous des accidentés en puissance dont le secours dépendra de la mobilisation d'un ou de plusieurs *tiers*, depuis celui qui remarquera notre détresse jusqu'à celui qui saura y parer.

Nous sommes tous aussi les acteurs potentiels de situations d'urgences qui réclameront que nous y prenions part, en proche ou *en tiers*.

Le secours est-il pour autant affaire de tiercéité ? Faut-il l'envisager comme forcément triadique ? Dans certains cas, il n'y a pas de tiers pour donner l'alerte ni d'entourage pour accompagner la carrière du malade, son passage aux urgences, son rétablissement le cas échéant. Il appelle lui-même les secours, affronte seul l'épisode qu'il passe dans un service d'urgence et poursuit seul son parcours de soin. Pourtant, lorsque 60% des appels au 18 sont passés par des tiers, l'organisation du secours à trois s'impose. Et dans le cas particulier des urgences pédiatriques, la prise en charge est d'emblée triadique, impliquant des professionnels, des patients et des parents.

Ces « tiers-secourants » incarnent un « principe tiers » qui met en cause les conceptions duales du secours d'urgence (un secourant, un secouru).

Entrer dans les situations de secours par les interactions et observer ce que font ces tiers permet en effet de sortir de l'ombre une structure interactionnelle négligée, *la triade*.

De l'agir de ces tiers et des formes d'association mixtes, peu étudiée, entre professionnels et non-professionnels (parents et passants) dépendent rien moins que l'accès au secours, et sa qualité.

En quoi les positions de ces trois tiers se distinguent-elles ? Dans l'interaction, se définissent l'une par rapport à l'autre la tiercéité complexe et dynamique qui caractéristique

le positionnement du professionnel, le civisme ordinaire du passant et l'engagement impliqué du parent. Leurs actions dessinent un espace-temps de la prise en charge qui, démarrant avec l'alerte, se déployant dans les services d'urgence et se poursuivant au domicile, déborde la prise en charge par les services de secours.

Le passant, le parent et le professionnel des secours incarnent finalement trois formes de « souci de l'autre », trois régimes de participation au secours et trois contextes d'engagement : dans l'espace public, au sein du groupe et à un niveau institutionnel par le biais de services publics du secours.

Cette convergence des attentions civiles, privées, publiques et institutionnelles lorsque survient la crise, actualisée dans la situation de secours, n'indique-t-elle pas la direction d'une « société du secours » ?

Rassemblons les conclusions que nous pouvons tirer du rapprochement de nos deux perspectives, l'une sur la tiercéité du professionnel et l'autre sur ce que font les tiers au secours d'urgence, et voyons quelle portée elles peuvent avoir, au-delà de ce travail.

1. LES MOMENTS ET LEURS TIERS

La figure de celui qui, parent ou passant, permet qu'il y ait secours, met en relation un besoin et une offre, celle du service d'urgence. Nous avons vu qu'il n'est finalement ici pas tant question de personnes ou de valeur que de *rôles*, endossés par ceux que la situation de secours requiert. Les situations de secours, où un besoin de secours est identifié, conduisent certaines personnes à y prendre part, à un degré variable. Le secours, c'est ainsi *un moment et ses tiers*. C'est la situation transforme les personnes qui la repèrent en *tiers*, c'est-à-dire en participants potentiels, sur lesquels pèsent les exigences sociales de la situation ainsi définie. Ce phénomène, l'apparition de participants tiers dans les situations de secours, en plus des professionnels, nous l'avons décrit dans deux contextes institutionnels, celui du centre de

traitement des appels au 18/112 et celui de l'accueil et des premiers soins dans deux services d'urgences pédiatriques. Il nous a amené à redéfinir la « situation de secours » en y intégrant ces tiers, et avec eux, d'autres rythmes et d'autres scènes.

1.1. Les figures du tiers

Le professionnel du secours et de l'urgence, le donneur d'alerte et les parents sont appréhendés dans cette recherche comme des figures ordinaires de « secourants » appelés à coopérer dans un rapport mutuel de tiercéité. Nous avons notamment distingué trois types d'inscription tierce dans des situations de secours et d'urgence : la *médiation* d'un *tiers-donneur d'alerte,* qui vise à faire accéder un individu au statut de patient, lorsque celui-ci ne peut opérer cette mue à lui seul ; *l'intervention* d'un *tiers-professionnel* formé à réagir à certains aspects du problème touchant la personne vulnérable ; enfin, la *présence agissante,* le *caring,* d'un *tiers-proche*, impliqué dans le dénouement de la situation de secours.

Ces situations sont traditionnellement appréhendées sous l'angle du seul duo professionnel-patient. Elles sont, de plus, peu observées sous l'angle de la rencontre avec une extériorité, une « tiercéité », qui est essentiellement celle endossée par le professionnel et, au-delà, par une institution, c'est-à-dire par le service de secours tout entier. Ainsi, deux axes, à la fois distincts et tangents, mettent en relief, si on les tient ensemble, la propriété sociale du secours : l'un est la présence (physique ou téléphonique) de tiers dans l'interaction de secours, l'autre, la tiercéité intrinsèque du secours en tant qu'il est réalisé par des instances et selon des manières de faire extérieures à la situation de crise où il se déploie. Tous deux, la tiercéité du secours d'urgence comme la présence de tiers-secourant, insistent en effet sur le caractère à la fois collectif et profondément mixte de la prise en charge. Les uns sont anonymes et circonstanciels, les autres intimes et plus ou moins constamment concernés. Mais la prise en

charge est, à chaque fois, le fruit de la constitution d'une équipe – si l'on veut tout de même employer ce terme – improvisée, pour partie experte et préparée, pour partie profane et saisie par surprise.

1.2. Tiers et engagement dans la situation

Mais au-delà du rôle, la dimension de l'engagement s'avère centrale dans la problématique du tiers acteur des situations de secours et d'urgence.

L'alerte induit une certaine forme de souci d'autrui, articulée à un engagement dans la situation de secours, et auprès du patient, extrêmement variable et malléable.

Remarquer la détresse pose à celui qui n'est alors qu'observateur la question de son degré d'engagement dans une intervention éventuelle : il se pose deux questions, celle d'intervenir ou pas (mais on peut même passer son chemin et intervenir, par téléphone) et celle d'en faire trop ou pas assez, comme l'a bien décrit C. Gayet-Viaud.

Le fait de donner l'alerte « produit » néanmoins de l'engagement de la part du tiers, sous la pression à la fois des professionnels et du bénéficiaire, qui cherchent à le mobiliser, et parce que la première initiative consistant à donner l'alerte paraît s'accompagner de « devoirs moraux » envers le bénéficiaire. Face à cette implication, qui voit s'articuler des mouvements d'engagement, d'enrôlement et de mobilisation, le tiers peut résister ou, au contraire, chercher à intervenir et à peser largement sur la prise en charge.

Dès le premier contact entre le tiers et les services d'urgence, se joue le degré de coopération avec les professionnels, mais aussi plus largement, l'investissement, l'implication et une forme de responsabilisation du tiers, qui naissent ainsi de la situation de secours elle-même. E. Goffman, évoquant « les moments et leurs hommes », nous a aidé à comprendre

comment certaines situations ou circonstances, ce qu'il appelle des « moments », peuvent susciter, produire, inciter et contenir des comportements et, en l'occurrence ici, des degrés d'engagement.

S'en remettre aux professionnels, en faire les décideurs, leur déléguer entièrement les choses et, même, « revenir après » ou bien participer, coopérer, co-piloter, s'imposer comme co-décisionnaire : les degrés et les formes de participation du tiers sont très variables, sur un éventail allant du tiers absent au tiers superviseur ou à l'équipier. Ils sont à relier notamment au lien que ce tiers revendique auprès du patient. « Occupez-vous-en », « soignez-le-moi », « allons-y » correspondent assez bien de ce point de vue aux trois modes de participation que le tiers peut afficher vis-à-vis du professionnel.

1.3. Engager et dégager les tiers

Trop engagé, pas assez, plus ou moins compétent, plus ou moins d'accord avec le cadrage posé par les professionnels autour de la situation, plus ou moins désireux de peser sur la prise en charge, le tiers doit trouver ou faire sa place dans un système professionnel.

Depuis l'alerte du passant, ou le vague « soutien moral » de l'ami, jusqu'à la surveillance régulière et aux gestes médicaux quotidiens du parent sur son enfant malade, l'influence du tiers sur les situations de secours et d'urgence, pour être relativement ignorée, et généralement minorée, n'en est pas moins réelle.

Pour le sociologue, cette influence du tiers traduit, par sa seule existence, selon les formes qu'elle prend et la manière dont elle est perçue, une dimension-clé et peut être structurante des relations sociales.

Elle nous renseigne, d'une part, sur le rapport de solidarité, et d'autre part, sur la nature *mixte*, profane et experte, proche et distante, à la fois anonyme, familiale et professionnelle, de cette relation de secours.

Enfin, se pose la question de ses rapports avec ses cousines anthropologiques, les relations d'entraide, du devoir civique aux relations familiales.

Il serait bien sûr utile, notamment aux institutions de secours et aux professionnels qui y travaillent, de pouvoir anticiper les différentes ressources d'engagement, afin d'associer plus efficacement les tiers concernés à la prise en charge. En particulier, la question de l'information sollicitée, écoutée et transmise pourrait intégrer le savoir latent de la famille, ses conditions de vie et le rôle effectif de l'entourage sur l'observance des traitements dans le cas de la pédiatrie. Traiter les tiers comme des acteurs de prise en charge, et des détenteurs de ressources médicalement utiles, pourrait avoir plusieurs avantages : éviter la déperdition d'informations de contexte de première main, susciter au contraire l'information détenue par l'entourage et le patient lui-même et enfin, transmettre une information-formation sur les « soins de suite » permettant d'améliorer la qualité de soins que souvent les parents dispensent, *de toutes façon,* de retour au domicile.

Du côté des tiers, ce travail auprès du patient pourrait être mieux connu et mieux admis, tant pour s'y préparer et y faire face que pour pouvoir poser autour de lui des limites. Il est en effet essentiel, comme l'ont montré des travaux sur les limites du *care*, d'organiser des prises de relais et une division des tâches de *care*, au risque de l'épuisement, de tâtonnements et d'une moindre efficacité collective, soignant-entourage. Cette participation active, voire fébrile, mais toujours informelle de tiers concernés, analysée ici dans le cadre très resserré des urgences, renseigne aussi sur des situations plus dirables, où les tiers sont mobilisés sur de plus longues périodes et placés en auxiliaires de *care*, voire de *cure*. Mettre en lumière

l'étendue et l'enjeu de leur impact sur la prise en charge des patients, alors même qu'elle est laissée à leur initiative et dans l'ombre d'un dévouement naturalisé, peut inciter à la fois à en améliorer l'efficacité et à en réduire, le cas échéant, la surface, pour le bien du patient comme de son entourage. Dans les services d'urgences hospitaliers, précisément, la division du travail se résout en un accord pratique, d'autant plus vite atteint qu'il est de courte durée. Dans d'autres circonstances de l'aide apportée par des tiers, notamment dans les pathologies longues, se pose, comme le suggère déjà P. Molinier[422], la question des prérogatives et des territoires respectifs et souhaitables de l'entourage, plus ou moins proche, des personnels soignants et des médecins.

Leur recouvrement partiel, entre concurrence, déni parfois, et ajustements au cours du temps est une constante. Mais il peut être davantage mis en lumière, questionné, et co-envisagé par les différents acteurs, professionnels et profanes du soin. Notons à ce propos que nous n'avons pas abordé la question, importante, de la confiance dans la relation de secours et le rapport aux tiers. Il serait intéressant, avec G. Simmel toujours, mais aussi en prenant appui sur les travaux de L. Quéré et A. Ogien[423] notamment, de proposer des prolongements en ce sens, dans le cadre de recherches ultérieures. L'hypothèse d'un concept descriptif tel que le « tiers-paradigme » du secours évoque également la manière dont les pouvoirs publics positionnent le citoyen. Il s'agirait de poser la question du lien entre souci de l'autre, capacité *pratique* de *chacun* à porter secours et réponse institutionnelle. Nous pensons par exemple aux débats récurrents sur la formation gratuite aux premiers secours de l'ensemble d'une

[422] P. Molinier, « Le *care* à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », In P. Paperman et S. Laugier, *Le souci des autres. Ethique et politique du* care, Paris, Editions de l'EHESS, 2006. Voir aussi P. Molinier, *Qu'est-ce que le care* ?, Paris, Payot, 2009.

[423] Nous pensons plus particulièrement à A. Ogien et L. Quéré, *Les moments de la confiance. Connaissance, affects et engagements*, Paris, Economica, Etudes sociologiques, 2006.

classe d'âge, ou sur l'installation de défibrillateurs dans les lieux publics et la formation de la population à ce nouvel équipement *public* du secours.

2. LA RELATION DE SECOURS COMME INTERVENTION DE L'AUTRE

Entre la sollicitude du passant, l'implication diverse de l'entourage médiateur ou partie-prenante, et l'intervention déterminante du professionnel, le patient s'avère à la fois sujet et objet d'un souci de l'autre aussi épisodique que protéiforme, qui se décline sur différentes échelles, depuis des points de vue variés et avec des conséquences pratiques diverses.

Le professionnel, lors de son interaction répétée avec le public, est lui-même traversé *personnellement* par cette dialectique de la distance et de la proximité. Il doit en effet parvenir à approcher la crise et à s'y inscrire, en se tenant dans cet entre-deux entre intimité et extériorité, indifférenciation et individualisation. Son implication dans la situation de secours est à la fois personnalisée et désindividualisée, éphémère et sans lendemain. La situation présente souvent de forts enjeux émotionnels et médicaux, qui plongent dans des récits et des situations intimes, auxquels le professionnel est supposé réagir avec compétence, distance et neutralité, donc *en tiers*. Si cette posture est revendiquée, généralement attendue, quelquefois même contestée (on fait alors appel à « l'humanité » du professionnel), elle se construit, se déplace, s'ajuste dans l'interaction et nous avons vu combien ses contours se dessinent au cas par cas, en fonction de la situation.

Ainsi, l'interaction de secours et d'urgence avec les professionnels n'est pas tout à fait de l'ordre de la relation médicale. Et peut-on même parler d'une relation, lorsque l'échange est aussi court, et exempt d'une notion de suivi ou de clientèle ? Cette interaction, en revanche, est bien une *brève rencontre,* présentant une intensité performative évidente (faire intervenir en urgence) et un fort impact, au moins pour le requérant. Elle place le professionnel et le requérant sur une lisière, fluctuante et pleine de *jeu*, entre le privé et le

public, le personnel et l'impersonnel, l'intime et la discrétion, l'émoi, la compassion et l'impassibilité, la sollicitation pressante d'une d'aide et la nécessité d'une évaluation externe pouvant conduire à un refus.

En impliquant des professionnels, le secours fait nécessairement entrer dans une crise personnelle, privée et aussi parfois, sur nos terrains, familiale, des personnes non seulement extérieures, mais encore formées à traiter ce qui arrive avec technicité, compétence et *professionnalisme*. Toute la subtilité de ce professionnalisme, et son paradoxe parfois, est de se situer *à l'interface*. Il correspond en effet à un positionnement qui n'est ni personnel, familier ou affectif, ni indifférent ou procédurier (tout en étant résolument procédural). Et encore, le professionnel doit identifier ce qu'il peut traiter, et qui ne correspond pas nécessairement à ce qui doit être pris en charge, ni à ce que le requérant demande.

2.1. Altérité du tiers secourant

Le professionnel représente une réponse *experte*, et de ce fait, ciblée, donc limitée, à un problème imprévu, personnel et ne coïncidant pas toujours parfaitement à ce que ce que peut y faire le professionnel. Double altérité donc que celle du professionnel, à la fois extérieur à la une situation, toujours nouvelle, souvent intime, qui réclame son intervention séance tenante, et maitre du cadrage qu'il posera sur cette situation pour y apporter la part d'intervention correspondant à son métier…

A l'extrême, notamment pour des motifs graves et impressionnants, une partie des requérants peut se tourner vers le professionnel en désespoir de cause et sans aucune idée de ce qu'il faudrait faire. Le professionnel est alors considéré comme le seul et dernier recours, face à une situation qui dépasse les capacités d'action du requérant, qui lui délègue entièrement le problème et la recherche de solution : le professionnel est présumé omnipotent,

et radicalement différent de l'appelant, au moins dans sa capacité à prendre en charge la situation critique. C'est ici l'altérité de l'expert face au profane, et du sauveur face à celui qui veut être sauvé, qui nous semble s'inscrire dans une forme de tiercéité offerte par le principe même d'un « service public des secours ». En d'autres termes, pouvoir requérir un service dédié aux urgences et au secours génère – pour une partie des requérants et concernant un certain type de motifs – une « attente ouverte », un espoir d'intervention confiant, d'autant plus grand qu'il ne parait pas pouvoir être placé ailleurs. Le professionnel est véritablement, dans ces cas de figure, un recours providentiel, profondément tiers puisque supposé pouvoir apporter une solution qu'on ne parvient pas à imaginer soi-même ou au sein de son propre réseau de personnes ressources.

Ce que le professionnel peut faire ne coïncide, en outre, pas nécessairement avec ce dont le demandeur a besoin. Cela ne constitue alors pas une solution pour l'appelant, mais une offre de service, limitée et encadrée. Enfin, si le professionnel propose une intervention que l'entourage ne saurait fournir, c'est bien parce que, contrairement au proche, il est habitué à traiter de nombreux cas similaires, et est libre de cadrer et de décider de ce qu'il convient sans référence à un passé commun. Pour autant, pour de nombreux aspects importants de la vie du patient, le professionnel ne se substitue bien sûr pas à l'entourage.

2.2. Le secours comme transformation

En nous attachant à la tiercéité des *intervenants* du secours d'urgence, nous avons introduit un angle de vue particulier sur *leur activité* même. Elle se présente comme une transformation de l'inconnu en connu, un rattachement du singulier au générique, une translation d'un récit ému en données. Ce faisant, l'interaction et le travail réalisés par les professionnels à cette occasion transforment une aventure particulière en un cas, et une personne en un patient.

Nous avons observé ici un double mouvement, commun à toutes ces opérations : le professionnel est *saisi* d'une crise et la *décompose* en éléments évaluables. Il traite alors ces éléments comme ceux d'une série (une demande de secours s'insérant entre deux autres), d'une masse (une demande peut ou non s'ajouter à la masse des cas pris en charge, selon la capacité du système et l'urgence du cas) et d'un catalogue de motifs (la situation correspond-elle à un cas auquel le service peut apporter une réponse dans le cadre de ses prérogatives et compétences ?). Ce double mouvement de rapprochement et de distanciation, souvent rebattu sous le terme de professionnalisme et de « bonne distance », est repérable au sein de l'interaction et, même, la structure en partie, y compris dans les tentatives croisées d'y résister.

2.3. L'accord, entre communication et évaluation clinique

Une différence notable, nous l'avons vu, sépare ce qui est tenu, par le requérant, pour une *urgence prioritaire* et ce qui va donner lieu à intervention. Ces dernières occurrences supposent la conjonction d'un signalement exprimé comme urgent et d'un accord, entraînant l'envoi d'un équipage ou l'inscription dans le service hospitalier : l'intervention des services d'urgence implique un accord sur le fait que l'événement (r)apporté par le requérant justifie l'intervention des services de secours. L'accueil téléphonique, ou en face-à-face, consiste en un acte de communication aboutissant à un accord qui comporte, dans sa définition, une part langagière. Chez les pompiers, l'accord fait intervenir un interlocuteur qui est *l'interprète* d'une situation. Il en est *l'interprète* parce que l'urgentiste n'est pas là, et doit donc se fier à l'analyse faite par l'appelant, qui perçoit une scène, avec une action, des personnages, un décor, et la restitue dans un temps limité par des mots, tout en les chargeant d'intention : par exemple, faire venir, ou cacher certains aspects. Il *interprète* donc, au sens théâtral, cognitif et

linguistique du terme. Il est sujet, objet et traducteur, opérant un travail de transformation de ce qu'il perçoit en un discours utile à la fois pour lui (la mobilisation des secours) et pour les urgences (la transmission d'informations pertinentes).

L'échange ne se réduit toutefois pas à la délivrance d'un récit et sa réception, en bloc, par le professionnel. A travers lui, nous l'avons vu, s'opère une *coproduction* progressive, par le jeu du dialogue, et parfois du trilogue : la coproduction d'un cadrage de la situation et du plan d'action qu'il appelle. La notion de « compétence langagière » peut être alors retravaillée en termes d'écoute, d'accueil et de co-énonciation. C'est ainsi sous l'angle plus global de la « performativité de l'échange », voire de « l'efficace de l'échange », qu'il convient selon nous d'aborder, de mobiliser et de poursuivre la problématique de ce type particulier d'échange de service : un échange à fort enjeu potentiel et entre inconnus.

2.4. Le secours comme tiercéité

A travers le professionnel, le parent et le passant, nous avons étudié trois figures de la tiercéité (il en existe d'autres sur ces terrains : l'infirmier, le transporteur…). Ces figures révèlent l'importance de l'intervention extérieure dans le secours d'urgence. La tiercéité du secours et le caractère triadique des interactions de secours sont deux objets dont nous avons tenté de montrer qu'ils participent d'un phénomène commun, l'intervention d'une *altérité.*

L'intervention experte de professionnels met en scène un rapport d'altérité vis-à-vis du requérant au niveau du cadrage de la situation et de l'intervention, des techniques, de la nature et de la texture de l'interaction, du rapport aux émotions, d'une différence profonde de perspective sur la situation, sur le cas, sur le patient.

Ainsi, le secours contient de la tiercéité, qu'il y ait ou non un trio, et l'intervention d'un donneur d'alerte tiers ou d'un accompagnant. En extrapolant la portée de l'altérité construite

par le professionnel des secours, nous pouvons en effet percevoir le secours comme étant lui-même un *principe de tiercéité*, opposable aussi bien à la fusion d'une résolution faite « en privé » et avec les moyens immédiatement disponibles, qu'à l'anomie d'une résolution « sauvage » et sans contrôle. Le secours institutionnel est ainsi, d'un côté, celui que l'on requiert quand on est dépassé par la crise et, de l'autre, celui qui s'autosaisit lorsque personne d'autre ne le fait. Les services d'urgence sont dès lors *doublement saisis*, tantôt sur leur compétence, tantôt sur le principe de leur égal intérêt pour tous les patients. Nous touchons là aux propriétés d'accessibilité et d'égalité de traitement des services publics, qui viennent terminer « l'arc »[424] de la mobilisation sociale face à l'urgence, qui va de l'entourage et du souci de l'autre le plus personnel jusqu'à l'institution et le secours prodigué sans condition sinon celle du besoin médical. À défaut de citoyens bon samaritains ou de proches concernés, c'est *in fine* la société, à travers ses services d'urgence, qui incarne un principe de « non-indifférence » (E. Levinas[425]) et en tire les conséquences pratiques. Les services d'urgence sont de ce point de vue des « lieux-centre », qui permettent la rencontre dans la ville du proche et du lointain, suivant les vues de G. Simmel[426], mais aussi la rencontre entre *soucis de l'autre* : souci proche et souci lointain, familier et institutionnel, privé et professionnel.

Pouvons-nous alors envisager les interactions triadiques comme un « tiers paradigme » au sens où l'évoque d'A. Caillé à propos de l'anthropologie du don[427] ? On qualifie ainsi une

---

424 Pour emprunter à M. Breviglieri son expression *in* « L'arc expérientiel de l'adolescence : esquive, combine, embrouille, carapace et étincelle », *Education et Sociétés. Revue internationale de sociologie de l'éducation,* n° 19, 2007.

425 Voir A. Munster, « La différence comme non-indifférence : éthique et altérité chez Emmanuel Levinas » *Le Séminaire du Collège International de Philosophie*, Paris, Kimé, 1998 ; et E. Levinas, *La souffrance inutile : Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre,* Paris, Grasset, 1998.

426 G. Simmel, « Pont et porte », *in La tragédie de la culture et autres essais,* Rivages, 1988.

427 A. Caillé, *L'Anthropologie du don, le tiers paradigme*, Paris, la Découverte, 2007 ; l'expression

appréhension des interactions systématiquement attentive à la potentialité d'un tiers, considérant le *tiers invisible* (principe social, ou entourage bien réel derrière l'usager) comme l'arrière-plan potentiellement structurant de l'interaction, y compris duale. Qu'il y ait toujours un arrière-plan social aux échanges n'est pas une observation neuve. Traiter cet « allant-de-soi » (H. Garfinkel[428]) comme une chose sérieuse et analysable parce qu'elle concerne des personnes réelles, tel est par contre l'enjeu et la nouveauté d'une approche qui, entre l'interactionnisme le plus interindividuel et les approches les plus collectives, envisagerait le tiers, présent ou absent, comme un passage épistémologique du duo au groupe, de l'individuel au collectif, et de l'entre-soi à la société.

3. DU TIERS AU **CARE**

Le secours n'est ni seulement l'affaire d'une institution ou d'un service public, ni seulement une question de solidarité et de communauté. Il apparaît à l'issue de ce travail qu'elle est constitutivement mixte. Le professionnel du secours et de l'urgence, le donneur d'alerte et les parents sont appréhendés comme des figures ordinaires de « secourants » appelés à coopérer dans un rapport mutuel de tiercéité.

Lorsque nous intégrons les urgences pédiatriques et la place des parents dans ces situations, nous mettons bien l'accent sur le rôle, la part, l'activité, et finalement le travail réalisé, à côté des professionnels, par les proches des patients. Dans le cas des relations parents-enfants, cette implication est très visible, ce que nous avons encore souligné en montrant les ressorts, les effets et les différentes dimensions de cette implication. La potentialité de l'entourage comme ressource et présence active, ainsi identifiée et isolée à

---

renvoie à une troisième voie épistémologique, ni individualisme ni holisme, celle ouverte par M. Mauss dans son « Essai sur le Don », *Sociologie et anthropologie,* Paris, PUF, 2001.

428 H. Garfinkel, *Recherches en Ethnométhodologie*, Paris, PUF, 2007.

partir de son expression la plus patente, désigne toutefois, au-delà des relations parent-enfant, une réalité de l'inscription des usagers dans des collectifs concernés qui peut être prise en compte sur d'autres terrains.

Les tiers profanes sont, dans les métiers de service, des alliés peu reconnus, parfois même non identifiés, des professionnels. Une meilleure connaissance de l'agir pratique des tiers, et une plus grande reconnaissance de leur participation à l'activité, améliorerait certainement, outre la prise en charge reçue par les patients, les conditions d'exercice des soignants, en permettant un positionnement réflexif, encadré, plus efficace et, le cas échéant, moins pénible de l'entourage.

3.1. Triade d'urgence et effacement du patient

Notons le paradoxe : dans une telle structuration du secours, où des tiers profanes sont très actifs, le secouru est par défaut considéré comme neutre, c'est-à-dire comme intervenant *a minima* dans le travail de coordination, d'ajustement et de coproduction du secours. Ce sont des tiers qui agissent pour et autour de lui aux différents moments de sa prise en charge, non seulement en pédiatrie, où cette tiercéisation est particulièrement frappante, mais aussi très souvent au moment de l'alerte. Nous avons en effet finalement très peu évoqué le patient, dans cette recherche, alors qu'il est constamment, systématiquement et nécessairement à l'arrière plan de toutes nos scènes et de l'ensemble de nos transcriptions. Le fait est que dans la situation de secours, en particulier en pédiatrie, il est effacé : il s'efface lui-même et est négligé dans le dialogue, qui se polarise sur l'échange entre adultes. Au téléphone, dans une moindre mesure, le requérant n'est pas le patient mais pourtant, il est celui qui parle tout au

long de l'entretien avec le stationnaire. Dans la *triade d'urgence*, ce sont d'autres personnes que le bénéficiaire des secours qui *font* le secours. Des tiers, plus ou moins proches du patient.

3.2. Le tiers continu

La présence de tiers, en manifestant le caractère profondément collectif de l'individu, membre de divers groupes, en particulier de ce que l'on dénomme ordinairement l'entourage (la famille, au premier chef), nous a invités finalement à observer la manière dont ce tiers pèse, en tant que ressource, obstacle ou obligation, sur les propres interactions, décisions et capacités d'action de l'individu. Même en l'absence d'accompagnant, des tiers invisibles ne sont pas moins en effet à l'arrière-plan de nos activités sociales – et il ne s'agit pas seulement là du tiers que représente la société ou du « référentiel commun » évoqué par G. Simmel, mais d'un tiers plus incarné, du tiers continu qui va de l'entourage attentif au passant « concerné ».

Cette perspective amène à considérer la vulnérabilité non pas comme un attribut, mais comme un élément constitutif de chacun, auquel correspond un rapport de secours ou de solidarité qui serait le plus souvent contenu dans les rapports ordinaires avec l'entourage[429]. Une réflexion politique sur le service public devrait approfondir cet axe, qui fait des vulnérables et des aidants non pas deux catégories de personnes, mais deux facettes des rapports sociaux ordinaires. Si l'homme social est intimement et socialement interdépendant, la coprésence de tiers et de professionnels des secours autour du patient est alors en effet une métonymie de la société du don, enrichie des deux facettes du secours : la technique et le *care* ; et portée par deux personnages complémentaires, au lien, au suivi et à l'engagement

[429] J. Tronto, *Un monde vulnérable… op. cit.* ; P. Paperman et S. Laugier (dir.) *Le Souci des autres, op. cit.* ; P. Molinier, S. Laugier, P. Paperman, *Qu'est-ce que le* care *?, op. cit.*

inscrits dans la durée : l'institutionnel – expert, équipé, ponctuel, distancié – et le proche – profane, impliqué.

3.3. L'intervention de tiers comme pratique sociale

De facto, l'organisation du fait de vivre ensemble passe par diverses manières de reconnaitre la vulnérabilité de chacun à un moment ou un autre de sa trajectoire, voire de son quotidien, et d'y faire face, non pas seul mais le plus souvent avec l'intervention de tiers.

> « Si la perspective du *care* rompt avec la figure d'un *care* circonscrit à une relation duelle, c'est que cette figure passe à côté du caractère multipartite de la production du *care*, y compris dans un cadre ''privé''. la relation duelle s'inscrit toujours dans un ensemble comprenant d'autres formes organisées de *care* avec lesquelles elle est coordonnée : agents rémunérés d'institutions publiques, professionnels de soins, aides en tous genres, en situation légale ou non […] Il reste à identifier comment s'articulent les différentes formes organisées de *care* dans un contexte politique qui tend privatiser les charges jusqu'alors assumées par les institutions publiques, à les déléguer à la fois au marché et aux familles, comme on le voit avec le développement des ''services à la personne'' et des métiers qui permettent le ''maintien à domicile''.[430] »

P. Paperman nous permet d'opérer un renversement, par lequel le tiers n'est plus ce parent qui se mêle de la prise en charge médicale du patient, mais ce professionnel, qui contribue à la prise en charge de son enfant. Elle souligne ainsi la *réciprocité des places de tiers*. En dénaturalisant le *care*, non plus disposition naturelle du parent, mais activité, travail, voire « sale boulot », elle nous permet, avec d'autres, de « désentimentaliser le *care »*[431], et de nous placer dans une descriptibilité plus que dans une « sympathie », ce qui permet de rendre justice à la réalité du travail effectué. Analyser le *care* sans s'en tenir aux dispositions au *care*, ni à sa dimension affective et morale, permet d'en restituer selon nous la réalité pratique institutionnelle, professionnelle, conjugale, parentale, qui se trouvent toutes

---

[430] P. Molinier, S. Laugier, P. Paperman, *Qu'est-ce que le* care *? op. cit.* p. 167.

[431] P. Paperman, « D'une voix discordante, désentimentaliser le care, démoraliser l'éthique », *in* P. Molinier, S. Laugier, P. Paperman, *Qu'est-ce que le* care *?, op. cit.*, p. 89 et suivantes.

hautement féminisées en termes de « travail du *care* ». Le travail du parent et du passant deviennent alors visibles. Parent, passant et professionnels apparaissent comme des *care givers* occasionnels mais omniprésents.

Comme le souligne notamment J. Tronto[432], le besoin d'un secours d'urgence est, de même, un besoin qui touche potentiellement tout un chacun et pour lequel existent différents canaux de prise en charge.

3.4. Quelle participation de l'entourage ?

Les coopérations latentes entre professionnels et non-professionnels opèrent beaucoup aux urgences où, s'il y a accord de tous autour de l'examen, les objectifs visés n'en sont pas moins souvent différents. Le SAU prodigue cependant des rapports éphémères avec des professionnels qui, même s'il y a des suites au problème, ne seront plus les interlocuteurs des familles. C'est une brève rencontre, qui se donne pour telle dès le départ.

Nous nous sommes demandés de quelle nature étaient, dans un contexte communicationnel aussi peu épais, la participation des accompagnants à la mise en place de la prise en charge, et les relations qui s'établissent alors entre patient, professionnels et groupe du patient.

Etudier les formes de coopération entre public et professionnels, au niveau particulier du secours d'urgence, nous a montré que la famille pouvait être un actif participant à la prise en charge. Comme les professionnels le disent eux-mêmes, sans les familles, il est très difficile de prendre en charge correctement un enfant *dans la durée*. Observateurs plus ou moins vigilants de l'évolution de l'état de l'enfant, donneurs d'alerte plus ou moins éclairés, les membres de la famille participent à la prise en charge médicale. Nous avons montré que la

[432] J. Tronto, *Un monde vulnérable… op. cit.*

participation des familles à la prise en charge est réelle et substantielle, mais parfaitement parallèle à celle des professionnels ; elle est ainsi tout juste perceptible lors des moments, épisodiques et souvent assez courts, où les professionnels rendent visite au patient avant de repartir, pour repasser plus tard.

Les services d'urgence, en particulier, sont ainsi le lieu de multiactivités croisées des familles et des professionnels autour du patient.

4. LE SECOURS COMME MULTIACTIVITE SITUATIONNELLE

Notre observation croisée de l'activité des non-professionnels et des professionnels dans les services d'urgence nous a amenée à associer la multiactivité, partant du cadre définitionnel proposée par C. Licoppe[433], à un questionnement en termes de *situation*, au-delà de l'organisation ou de l'acteur. Trois niveaux, ou trois échelles d'appréhension de la multiactivité et des manières d'y faire face se dessinent en effet à l'issue de cette recherche : organisationnel, individuel, mais aussi, *situationnel*.

A un niveau organisationnel, la pluralité des sollicitations auxquelles doit faire face une institution[434] détermine diverses manières d'organiser le travail et l'activité. Au 18, elle repose sur un système particulier de gardes, sur un logiciel, sur un certain usage des téléphones et des lignes directes, sur un compteur pour savoir où l'on en est et repérer les accélérations, etc. Au SAU, elle s'appuie sur un système de triage des arrivants, sur une répartition des espaces entre boxes, salles d'attente et couloirs, sur une articulation entre équipes dédiées aux urgences et des arrangements pour mobiliser d'autres professionnels attachés à l'hôpital au coup par coup.

---

433 C. Datchary, C. Licoppe, « La multi-activité et ses appuis »… *op. cit.*

434 *Ibid*

A un niveau individuel, le « feuilletage » des activités des professionnels[435], à la fois prescrit, inventé et coproduit, donne lieu à des techniques, des tours de main, des manières de faire et d'articuler différentes activités, des coordinations multiples. Le professionnel y pratique l'écoute flottante de façon reflexe. Il manipule téléphones, plans, console ; il téléphone au casque ou de la main gauche pour libérer la main droite, qui pianote sur le clavier ou compulse les plans. Aux urgences, il traite les dossiers en parallèle, invente des pense-bêtes pour tenir le compte des examens à faire et des patients à voir, jongle avec les différents collaborateurs disponibles à l'instant T.

Nous avons, enfin, ajouté un niveau « situationnel », qui concerne plus particulièrement les dimensions de secours et de prise en charge, en tant qu'elles impliquent des lieux et des personnes débordant les services et l'intervention des professionnels : s'y jouent des activités parallèles, qu'elles soient coordonnées ou non à celles des professionnels. Du point de vue de Sirius, ou simplement d'un observateur extérieur, les services d'urgence donnent à voir une organisation qui peut parfois paraître chaotique. Or il s'agit en fait d'un contexte organisationnel et spatial ouvert, où plusieurs choses se déroulent en parallèle, sur des rythmes, dans des lieux, et avec des acteurs différents, *autour d'une même prise en charge*. Ce qui fait l'unité des modules, c'est finalement le « cas » – c'est-à-dire le patient ou plutôt son dossier – qui génère autour de lui des actions, des mobilisations et des concernements variés[436]. Nous pourrions nous contenter de la notion de *coordination*, n'était-ce que tout ce qui se passe autour du patient n'a *justement pas* été coordonné par quelqu'un en particulier. Il n'y a pas de coordinateur général de ce traitement collectif, pas de « centre », dans ce

---

[435] *Ibid*.

[436] P. Paperman parle de « forme active de concernement pour autrui » et de « spirale de concernement » s'agissant du *care giving* familial, *in* P. Paperman et S. Laugier, *Le souci des autres, op. cit*. p. 294-295.

processus qui ressemble assez à celui décrit par Y. Engeström[437] et auquel il donne le nom de *knotworking*, bien qu'une partie le soit, à travers notamment la délégation quasi systématique de tâches à des tiers de fortune, à distance, et dans la durée. Mais bien d'autres tâches sont faites sans que personne ne les prescrive. La prise en charge est dès lors une multiactivité déployée sur plusieurs scènes et sur plusieurs têtes. Autrement dit, le secours ou sa prise en charge forment, par-delà l'activité des professionnels et les espaces dédiés du CCOT ou du box, des situations qui impliquent l'engagement de plusieurs acteurs, et parfois plusieurs scènes, dans une unité de temps qui n'est pas celle de l'examen médical ni de l'appel au secours : elle s'étend au-delà.

La manière dont les professionnels utilisent des tiers pour démultiplier l'action en la répartissant sur plusieurs têtes d'une façon maitrisée croise, nous l'avons vu, l'initiative de l'entourage, qui prend en charge ou participe à un éventail de tâches relevant d'un *care* à la fois domestique et soignant. De plus, sous l'angle des rythmes spécifiques du public et des professionnels dans les SAU, la continuité de l'action dans une pratique organisée autour du morcellement est *de facto* assurée par l'entourage : à travers sa présence continue, son *care-work* pourrait-on dire, mais aussi les rappels, les suppléments d'information et de signaux qu'il fournit, tout au long de l'épisode passé aux urgences, lors des visites successives des professionnels.

D'une part, entre le moment où le médecin laisse un patient dans un box en attendant le retour d'un prélèvement et le moment où il revient dans le boxe, du temps s'est écoulé le patient a eu faim et soif. De l'autre, il verra successivement, une infirmière d'accueil, un médecin, une deuxième infirmière et un autre médecin, le premier médecin et peut-être encore l'interne ou le résidant, un radiologue, un aide-soignant… Si ce qui tisse une continuité

---

[437] Y. Engeström « Quand le centre se dérobe »… *op. cit.*

médicale autour de lui, par delà le du ballet mouvant et la présence en pointillé des professionnels, est finalement son dossier, ce qui fait la continuité de *care*, c'est-à-dire de la prise en charge concrète de la personne, est, le cas échéant, l'entourage. Ainsi, l'activité de prise en charge repose aux urgences à la fois sur le *cure* médical assuré par les médecins et sur le *care* assuré, en tâche de fond, par les soignants et les parents.

4.1. Le secours comme coïncidence des engagements : *knotworking,* situation, rhizome

La *situation* de secours, telle que nous l'avons étudiée, implique bien l'intervention de multiples participants (passant, professionnel, patient et entourage) sur plusieurs scènes (aux urgences, dans les boxes, dans la rue, au domicile) et à différents moments (pendant la crise puis pour le suivi des traitements). Ensemble, ils constituent le secours apporté au patient, sans que chaque partie ait nécessairement, ou pleinement, conscience des autres. Cette activité mixte entre public et professionnels, faisant intervenir des acteurs et des processus en dehors des services, avec des mobilisations en chaine, n'est pas sans évoquer le *knotworking*[438]. On retrouve en effet l'idée d'une trajectoire d'action, impliquant différents mondes et divers acteurs. L'observation de l'activité de services de secours et d'urgences met toutefois en évidence un ensemble d'articulations hybrides, ou du moins systématiquement mixtes (expertes-profanes et publiques-privées) et triadiques, entre des professionnels, des tiers non-professionnels, et des patients ou victimes. Ces « co-activités », pour ne pas présager du degré d'entente, variable, entre les acteurs, relèvent parfois plus de l'enchevêtrement d'actions menées par chacun autour du patient que de coordinations. L'image du *knotworking* permet plus largement d'agréger d'autres éléments à ce que nous appelons *la situation de prise en*

[438] Y. Engeström, « Quand le centre se dérobe », *op. cit.*

charge tout entière. Le *knotworking* approche, selon nous, cette réalité fragmentée et dédoublée de la « prise en charge ». Il montre comment ce cheminement orienté est multisite, et repose sur des actions conduites par d'autres personnes, éventuellement en parallèle, et prises dans des nœuds d'activité et des réseaux divers.

En s'attachant à l'enchainement d'interactions, d'interventions et de mouvements aboutissant une action-résultat, Y. Engeström suit tout de même un acteur principal, qui poursuit l'objectif dont est retracé le parcours. Dans le cas de la situation de secours, nous avons introduit une variante à cette approche « généalogique » de l'action, en repérant ce qui *fait* prise en charge *indépendamment* d'un acteur principal dont on suivrait les démarches. Croiser l'ensemble des perspectives et des actions de ceux impliqués dans une prise en charge donnée, nous a en effet permis de mettre en évidence trois points majeurs : les acteurs agissent dans des sites différents ; avec des rythmes opposés ; et sans conscience de ce que font d'autres acteurs de la même « prise en charge ». Et pourtant, le secours se produit. Le patient se trouve ainsi au centre d'un ensemble de réactions et d'interactions, allant dans différentes directions, avec chacune sa propre réaction en chaine, et ce jusqu'au « retour à la normale » éventuel.

Le secours d'urgence apparaît donc largement comme une *coïncidence* d'initiatives et d'engagements mixtes, même si l'organisation sous-jacente des institutions du secours (y compris en tant que *système,* avec des services complémentaires, des chaines de secours) les structurent en partie. Certaines activités sont explicitement coordonnées, avec tout l'éventail des manières de fixer ces coopérations, de les faire reconnaître et de les encadrer : relai entre le donneur d'alerte et les pompiers, participation des parents au geste médical en cours aux urgences, informations apportées par l'accompagnant sur le patient. D'autres actions liées à la prise en charge ne sont, en revanche, pas mutualisées, ni même signalées. C'est lorsque ce qui

se faisait à bas bruit ne se fait plus du tout (absence du parent) qu'elles en viennent à être révélées en creux ; elles sont perçues alors par les soignants comme un « supplément de travail ».

Si une partie des actions conjointes entre professionnels et parents, ou même avec les donneurs d'alerte, relève de la concertation, une autre relève ainsi plutôt de la *coïncidence*. Ce qui domine est en effet le contraste entre les états émotionnels des uns et des autres, les écarts d'appréciation quant à ce qui est urgent et légitime, les insatisfactions croisées, en somme un engagement pratique et affectif en vers le patient radicalement différent de part et d'autre. Tout cela forme un système polarisant, parfois tendu par ses oppositions, qui affecte aussi bien la construction concurrentielle de la « valeur » des motifs, que la réciprocité des perspectives sur la situation et, *in fine*, la nature même de la relation.

Dans le cas des services d'urgence, la prise en charge d'un patient peut être alors considérer comme une activité « rhizomatique ». Si la référence est incongrue, elle peut nous aider à penser cette *situation* plus tout-à-fait goffmanienne. Le rhizome, étymologiquement « touffe de racine », généralement horizontal, désigne chez M. Foucauld et G. Deleuze[439] un système multiple et acentré :

> « Contre les systèmes centrés (même polycentrés), à communication hiérarchique et liaisons préétablies, le rhizome est un système acentré, non hiérarchique et non signifiant, sans Général, sans mémoire organisatrice ou automate central, uniquement défini par une circulation d'états ».

Analysé sous l'angle de ses tiercéités, et de ses tiers, le secours d'urgence, dans sa forme institutionnalisée, apparaît dans toute la complexité dialectique d'un mouvement de distanciation et de rapprochement, de reconnaissance et d'incompréhension, par lequel un collectif hétérogène se constitue, éphémère, et génère *de facto* « du secours » autour d'un bénéficiaire, à la fois ensemble et séparément, de manière coordonnée et indépendante. La

---

439 « Rhizome », *in* G. Deleuze et F. Guattari, *Mille Plateau*, 2. *Capitalisme et schizophrénie*, Paris, Minuit, 1980, p. 30-31.

situation de secours, entre *knotworking* et *rhizome* pragmatique, articule une non-réciprocité des perspectives et des mobilisations collectives mixtes, les unes instituées et les autres improvisées, autour de l'objet crise-patient-cas-dossier (question de perspective, à nouveau).

4.2. Autour du « moment », la « situation »

Plusieurs choses se déroulent en même temps, endossées par différentes personnes, dans une coordination approximative, en partie dictée par les professionnels, en partie par les exigences de la situation elle-même, avec des rythmes différents et finalement des moments clé de *rencontre*. Nous conclurons sur cette notion, éminemment goffmanienne, de *moment*.

Le secours d'urgence engage non seulement plusieurs rythmes, mais une tension entre des *ruptures* du côté des professionnels, pour qui elles sont un mode d'organisation (ainsi, le traitement morcelé de plusieurs dossiers en parallèle), et une *continuité* assumée par l'entourage ou l'accompagnant. Entre conjonction et disjonction, plusieurs groupes concourent ainsi à la *situation* autour du patient.

Finalement, nous pouvons ainsi parler de moment, comme E. Goffman parlait des « moments et (de) leurs hommes ». Son idée d'une *situation* par delà les acteurs, mais pourtant actualisée, coproduite et réinventée à chaque fois par eux, est pour nous d'un apport essentiel. Sa force réside dans le lien que le concept permet de faire entre le social et l'individué, dans une évidence pragmatique aujourd'hui de plus en plus reconnue et de mieux en mieux comprise. Dans une perspective strictement pragmatiste aussi, une situation n'est pas seulement ce qui est tenu pour tel par les gens en présence, mais la somme des interventions faites en fonction de cette situation, perçue comme telle par chacun, y compris sans contact direct entre eux. La *situation* englobe toute action faite pour et au sujet de la prise

en charge, quelles que soient les personnes qui les réalisent et l'endroit où elles se trouvent. Elle se révèle ainsi *au-delà de la coprésence* et pourtant, *par le jeu interactionnel*.

Considérer la question du tiers, et plus largement la tiercéité, peut ainsi amener à revisiter les notions les plus classiques de la sociologie et au premier chef, la notion de situation. Goffman nous invitait à « ne pas négliger la situation, ne pas la traiter comme « la cousine de province » de la sociologie »[440]. La prise au sérieux du rôle qu'y jouent les personnages secondaires nous permet d'en élargir encore le périmètre, à l'heure où elle fait justement l'objet d'une réflexion post-goffmanienne[441].

Concluons à présent sur l'enjeu politique. Il est question finalement dans l'interaction de secours d'un *moment* particulier, socialement chargé de sens ; il dicte une conduite aux personnes qui s'y trouvent impliquées, qu'elles se connaissent ou non. Une dimension plus politique du secours est à rechercher dans cette auto-mobilisation de tiers proches, anonymes et institutionnels face à la perception d'une détresse. L'analyse du secours d'urgence (et de ses tiers) conduit à interroger le rôle de tiers et le type de tiercéité d'autres formes d'intervention pour autrui. Nous pensons plus particulièrement à deux voies de recherche qui pourraient ainsi prolonger ce travail, l'une orientée vers la dépendance physio-psychologique, notamment gériatrique, l'autre vers ce qu'il est convenu d'appeler « l'urgence sociale », notamment tel qu'il est incarné principalement en France par le Samu Social. Suivant cette piste, la question du tiers pourrait contribuer à renouveler la question de ce qui fait société sous l'angle d'un « tiers-paradigme » des relations d'entre-aide et plus largement,

---

440 I. Joseph, *Erving Goffman et la microsociologie, op. cit.* p. 12.

441 Parmi les auteurs entretenant ces dernières années un dialogue étroit avec E. Goffman : F. Cooren, *Action and Agency in Dialogue,* John Benjamin Publishings, 2010 ; K. Knorr-Cetina, « The Synthetic Situation : Interactionism for a Global World », *Symbolic Interaction*, vol. 32, n°1, 2010 ; et antérieurement, A. Ogien, « Le remède de Goffman ou comment se débarrasser de la notion de self », *Séminaire Cesames, le mental, le vivant, le social*, 20 janvier 2005. Nous ne revenons pas sur les nombreux travaux plus anciens mais récent sur Goffman (cf. notamment le recueil d'articles coordonné par M. de Fornel et L. Quéré, *La logique des situations*, Paris, EHESS, Raisons Pratiques, 1999).

d’interdépendance dans un monde où, comme l’écrit P. Paperman[442], « les gens vulnérables n’ont rien d’exceptionnel ».

[442] *in* P. Paperman, S. Laugier, *Le souci des autres*, *op. cit*. p. 281-297.

BIBLIOGRAPHIE

Actes de la Recherche en Sciences Sociales. *Le Commerce des corps,* n°104, 1994

Actes de la Recherche en Sciences Sociales. *Médecins, patients et politiques de santé,* n°143, 2002

Actes de la Recherche en Sciences Sociales. *Présentation et représentation du corps,* n°14, 1977

Actes du congrès national de la société française de pédiatrie et de l'association nationale des puéricultrices diplômées d'Etat, Reims 2000, Archives de pédiatrie, vol 7 suppl. 2, 2000

Accessibilité et situations d'urgence, actes du séminaire, 1992-1993, Plan Urbain, DRAST, RATP, 1993

Actions et Recherches Sociales. *Corps et Société*, 1, 1982

Adam P. Herzlich C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 1995

Aïach P. (dir), *L'ère de La Médicalisation : Ecce Homo Sanitas*, Paris, Anthropos, 1998

Akerstrom M., *Slaps, Punches, pinches-but not violence: boundary-work in nursing homes for the elderly,* Symbolic Interaction 25, 4, 2002

Andrain C. F., *Public Health Policies and Social Inequality.* Basingstoke, Macmillan, 1998

Annales de La Recherche Urbaine. *Villes et Santé Publique*, n°73, 1996

Annuaire Des Statistiques Sanitaires et Sociales, Paris, SESI, 1979

Antona M.-F., « *Typologie des trilogues dans les émissions de plateau* » *in* Kerbrat-Orecchioni C. Plantin C. (éds), *Le Trilogue*, Lyon, PUL, 1995

Appel à contribution pour la revue *Tracé Pragmatismes,* n°15, 2008

Aubry M., « Le *care,* c'est une société d'émancipation », *Le Monde*, 6 Juin 2010

Auger B., *Vécu de l'hospitalisation pédiatrique en urgence,* Thèse de Médecine, Faculté d'Angers, 1996

Austin J. L., *Quand dire, c'est faire,* Paris, Seuil, 1991

Autrement, Atlas de la santé dans le monde, 1993

Aventur J., *Les Systèmes de santé des pays industrialisés,* Paris, Harmattan, 1995

Bange P. De Gaulmyn M., *Etudes conversationnelles d'appels téléphoniques d'urgence,* Mission Interministérielle de Recherche et d'Expérimentation Ministère des Affaires Sociales 1990

Barbier J.-M. Durand M. (éds.), *Sujets, Activités, Environnements* : *Approches Transverses*, Paris, PUF, 2006

Barbier J-M, (Dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, PUF, 1996

Barbot J. Dodier N., « L'Emergence d'un tiers public dans le rapport médecin-malade l'exemple de l'épidémie à VIH » *In Sciences Sociales et Santé*. Mars 2000, Vol. 18, n°1

Baszanger I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995

Bateson G., *Vers Une Ecologie de l'esprit*, Paris, Seuil, 1980

Baudrillard J., *La Société de consommation*, Paris, Denoël, 1972

Baudrillard J., *L'échange symbolique et la mort*, Paris, Gallimard, 1976

Baudry, P., *Le Corps Extrême,* Paris, L'Harmattan, 1991

Bautier E., *Pratiques langagières, pratiques sociales* « de la sociologie langagière a la sociologie du langage », Paris, l'Harmattan, 1995

Bayart D., Borzeix A., Dumez H. (eds), *Langage et organisations. Sur les traces de Jacques Girin*, Editions de l'école Polytechnique, 2010

Beck U., *La Société du risque - Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, 2003

Becker H., « La soi-disant école de Chicago », *Colloque Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines,* 3 avril 1998, en ligne en anglais *''The Chicago School, So-called''* sur le site de l'auteur : http://home.earthlink.net/~hsbecker/articles/chicago.html

Becker H., *Boys in white*, Transaction Publisher, 1976

Becker H., *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985

Beresniak A., Duru G., *Economie de la santé*. Paris, Masson, 1997

Berthelot J.-M., « Corps et société, problèmes méthodologiques poses par une approche sociologique du corps », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Vol. LXXIV, 1983

Bessy C., Chateauraynaud F., *Experts et faussaires, pour une sociologie de la perception*, Paris, Métailié, 1995

Besucco N., Taillard M., Du Tertre C., Ughetto P., « La Relation de service au cœur d'un nouveau modèle de travail », *Cahiers du Genre, La relation de service. Regards croisés*, n°28, 2000

Bidet A., « Qu'est-ce que le vrai boulot? Le cas d'un groupe de techniciens », *Sociétés contemporaines*, n°78, 2010

Bidet A., «Au fil des dérangements téléphoniques. Analyse d'une interaction technique», *Réseaux*, n°115, 2002

Bidet A., *Au fil des lignes et des lignards,* sous la direction de François Vatin, Mémoire de Maîtrise, Nanterre, UPX, 1996

Bidet A. Borzeix A. Pillon T. Rot G. Vatin F. (coordinateurs) *Sociologie du travail et activité,* Toulouse, Octarès, 2006

Bidet A., Boutet M., Chave F., *et al.* « L'empreinte d'Isaac Joseph. Explorations croisées » *in* Saturno C., Cefaï D., (éds.), *Itinéraires d'un pragmatiste. Autour d'Isaac Joseph*, Paris, Economica, 2007

Bihr, A., Pfefferkorn, R., « Santé et inégalités sociales », *Raison Présente,* n°133, 2000

Boëtsch G., Chevé D., *Le corps dans tous ses états. Regards Anthropologiques,* Paris, CNRS Éditions, 2000

Bogalska-Martin E., « La souffrance comme expérience partagée, L'accompagnement de patients en soins palliatifs »*, Socio-Anthropologie, Santé et sociétés,* n°21, 2007

Boltanski I., « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC, Vol, 26, 1,* 1971

Bonicco C., « Goffman et l'ordre de l'interaction » *Philonsorbonne* n°1, 2006

Borzeix A., « Le travail et sa sociologie à l'épreuve du langage » *in* Borzeix A. Fraenkel B. *Langage et Travail, cognition, action, communication*, Paris, CNRS Éditions, 2001

Borzeix A. « Ce que parler peut faire », *Sociologie Du Travail,* n°2, 1987

Borzeix A., « Langage et Activité de Service », *Cahiers Langage & Travail*, n°4, 1992

Borzeix A., « Relation de service et sociologie du travail - L'usager, une figure qui nous dérange ? », *Cahiers du Genre*, n°28, 2000

Borzeix A., Fraenkel B., *Langage et travail. Communication, cognition, action*, Paris, CNRS Éditions, 2001

Borzeix A., « Discussion », *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance, Actes du colloque international* (Felix C. Tardif J. éd.), Nice 4-5 juin 2009

Bouffechoux T., *La Santé en France : le médecin, le malade et l'Etat,* Paris, Le Monde-Editions, 1997

Boullier D., Chevrier S., *Les Sapeurs-pompiers : des soldats du feu aux techniciens du risque,* Paris, PUF, 2000

Boullier D., « Grammaire de l'urgence : les experts du risque », *Cahiers de la sécurité intérieure*, n°22, 1995

Bourdieu P., *Ce Que Parler veut dire*, Paris, Fayard, 1982

Boutet J., « Activités de langage et activité de travail », *Education Permanente,* n°116, 1993

Bouvier P., *La socio-anthropologie*, Paris, Armand Colin, 2000

Breviglieri M., « L’arc expérientiel de l’adolescence : esquive, combine, embrouille, carapace et étincelle », *Education et sociétés. Revue internationale de sociologie de l’éducation,* n°19, 2007

Brohm J.-M., Larrerre C., Lascoumes P., *Le Corps 1. Sociétés*, Sciences Politiques, Imaginaires, Paris, Belin, 1992

Brun N., « L’Hospitalisation des enfants vue par les parents, » *Enquête UNAF Sparadrap Réalités Familiales*, n°42, 1997

Brunet P. ,« De l'usage raisonné de la notion de "concernement" : mobilisations locales à propos de l'industrie nucléaire », *Natures Sciences Sociétés*, 16, 2008

Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé : La Revue Internationale de Santé Publique, Genève, OMS, 1999

Burke K., *Language as symbolic action*, Berkeley, UCP, 1966

Cahiers de la Sécurité Intérieure, *Les Métiers de L’urgence*, n°22, 1995

Cahiers Langage et Travail, *Langage et activités de service*, n°4, Paris, Ecole Polytechnique, sept. 1992

Cahiers Langage et Travail, *Langage, activité médicales et hospitalières*, *Les dimensions négligées*, n°5, Paris, Ecole Polytechnique, mars 1993

Caillé A., *L’Anthropologie du don, le tiers paradigme*, Paris, la Découverte, 2007

Callon M., Latour B., « Les Paradoxes de la modernité », *Prospective et Santé*, Vol 36, 1988

Callon M., Rabeharisoa V., Herzlish C., *Malades d’hier malades d’aujourd’hui de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1991

Callon M., Rabeharisoa V., *Réseaux, Sciences, Malades et Espaces Publics,* Numéro Spécial, 1999

Camus A., Dodier N., *L'intérêt pour les patients à l'entrée de l'Hôpital. Enquête sociologique dans un service d'urgences médicales, Rapport pour le Plan Urbain et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche*, Paris, CERMES, GSPM, 1994

Candlin S., *"*Taking risks: an indicator of expertise?" *in Research on Language and Social Interaction,* vol. 35, n°2, 2002

Caplow T., *Deux contre un*, Paris, Armand Colin, 1971

Caro D., (coord.) *L'Entourage du patient en médecine générale. Manuel de proximologie*, Le quotidien du médecin, 2006

Carr P., *La Santé, l'expert et le patient*. *Projet (Vanves),* n°263, 2000

Castells M., *La Société de réseaux*, Paris, Fayard, 1998

Castiel D., *Equité et santé,* Rennes, ENSP, 1995

Castra M., « Faire face à la mort : la régulation de la " bonne distance " soignants-malades en unité de soins palliatifs »*, Travail et emploi*, n°97, 2004

Cefaï D., et Saturno C., (dir.), *Itinéraires d'un pragmatiste. Hommages à Isaac Joseph*, Paris, Économica, 2007

Cefai D., Joseph I., *L'héritage du pragmatisme, conflits d'urbanité et épreuves de civisme*, Paris, éditions de l'Aube, 2002

Cefai D., Pasquier D., *Les Sens du public, publics politiques, publics médiatiques*, Paris, PUF, 2003

Certeau M. de, *De l'invention du quotidien, Arts de Faire,* Paris, 10/18, 1980

Chapalain, M.-T., « La Santé : valeur économique, valeur sacrée », *Revue Française des Affaires Sociales,* 50e Année, n°4, 1996

Charaudeau P., Montes R. (dir.), *La voix cachée du Tiers. Des non-dits du discours,* Paris, L'Harmattan, 2004

Charent I., Lustman M., Requillart H., « Relation médecin/patient : parler vrai au malade. » *Impact Médecin*, n°505, 2000

Charles-Jones H., Latimer J. May C., “transforming general practice: the redistribution of medical work in primary care”*, sociology of health and illness,* 2003

Chateauraynaud F., Torny D., *Les Sombres précurseurs : Une Sociologie pragmatique de l’alerte et du risque*, Paris, Editions de l’EHESS, 1999

Chauvenet A., *La loi et le corps,* Sciences Sociales et Santé, 2, 1983

Chave F., Hédouin A., *Prise en charge et vulnérabilité en pédiatrie et en gériatrie*, Projet INSERM-CNRS, rapport, INSERM, 2004

Chave F., Morvant C., *Evaluation de la prise en charge médicale des femmes victimes de violence conjugale et recommandations*, Institut de l’Humanitaire - Commission Européenne, 2003

Chave F., *Pompiers, j’écoute, compétences et interactions au 18*, mémoire de maîtrise, Université de Paris X Nanterre, 2000

Chave F., *Les conditions d’exercice des professionnels de santé, le cas des urgences pédiatriques*, Rapport, Délégation interministérielle à la ville, 2003

Chelkoff G., Thibaud J.-P., « L’espace public, modes sensibles : le regard sur la ville », *in Les Annales de la recherche urbaine*. Espaces publics, n°57-58, Décembre 1992-mars 1993

Chirayath H. T., “Why Do(n’t) doctors care? The humanitarian attitudes and behaviors of physicians dissertation” *abstracts international, the humanities and social sciences* 63, 10, 2003

Ciborra C., cité *in* J.-M. Barbier, M. Durand (éds.), *Sujets, activités, environnements* : *approches transverses*, Paris, PUF, 2006

Cicourel A., « Raisonnement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 60, 1985

Cicourel A., « La Connaissance distribuée dans le diagnostic médical » *Sociologie Du Travail*, 36, 4, 1994

Cicourel A., *Le raisonnement médical*, Paris, Seuil, 2002

Cicourel A., « La Gestion des rendez-vous dans un service médical spécialise, Organisation et communication en régime de « surcharge cognitive », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°143, 2002

Cicourel A., « La Gestion des rendez-vous dans un service médical spécialise », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales,* n°143, 2002

Classification Infirmière des Malades aux Urgences, CIMU, version 2, 1996 réévaluée en 2006

Collière M.-F., *Promouvoir la Vie : de la pratique soignante aux soins infirmiers*, Paris, Interéditions, 1996

Commissariat Général du Plan. Groupe prospective du système de santé ; Soubie R. *Santé 2010 : Equité et efficacité du système de santé : Les enjeux*, Paris, La Documentation Française, 1993

Conein B., de Fornel M., Quéré L., *Les formes de la conversation,* Paris, CNET, 2 volumes, 1990

Evin C., *Les Droits de La Personne Malade*, Conseil Economique et Social, Paris, Journaux Officiels, 1996

Cooren F., *Action and Agency in Dialogue,* John Benjamin Publishings, 2010

Corbin A., *Le Miasme et La Jonquille*, Paris, Aubier, 1982

Cosnier J., Grosjean M., et Lacoste M. (ss dir.), *soins et communication, approches interactionnistes des relations de soins,* Lyon, PUL, 1993

Coulter J., Sharrock W., « ce que nous voyons », Thibaud J.-P., *Regards en action,* Paris, A la croisée, 1992

Les urgences médicales : constats et évolution récente. Rapport au Président de la République 2006 de la Cour des comptes, Cour des comptes, 8 février 2007, accessible en ligne : http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/12UrgencesMedicales.pdf

Cresson G., *Le Travail Domestique de santé : analyse sociologique*. Paris, L'Harmattan, 1995

Cresson G., Schweyer F.X., *Les Usagers du système de soins*, Ed. ENSP, 2000

Cresson G., *Les Parents d'enfants hospitalisés à domicile, leur participation aux soins,* Paris, L'Harmattan, 2000

Cresson G., Drulhe M., Schweyer F.-X., *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé,* Rennes, Editions de l'ENSP (Ecole Nationale de Santé Publique), 2003

Cresson G., « La famille face à ses malades : quelles ressources, quel rôle, à quel prix ? », compte-rendu, *Les Rencontres SIRS,* INSERM, Paris, 31 mars 2005

Cresson G., Gadlrey N., « Entre famille et métier : le travail du *care* », *NQF*, Lausanne, vol 23 N°3, 2006

Laousse D., Salesse D., Potier, Chave F., Chevrier S., Juguet S., *Ville, évènements et mobilités : le cas des Championnats du monde d'athlétisme 2003*, RATP Ed. de la Prospective, 2007

Dachez R., *Histoire de la médecine de l'antiquité au XXe siècle,* Paris, Ed. Tallandier, 2004

Dadoy M., « Analyse du travail et systèmes d'évaluation de la qualification du travail », communication au colloque interdisciplinaire *Travail et pratiques langagières*, Paris, PIRTTEM-CNRS, 26 et 27 Avril 1989

Dalmaz P., *Histoire des sapeurs-pompiers français,* Paris, PUF, 1996

Danet F., « La médecine d'urgence : de la transgression à la pérennisation de la segmentation hospitalière en spécialités », *Pratiques Psychologiques,* Volume 14, 1, 2008

Danet F., *La quête de professionnalisation de la médecine d’urgence,* Paris, Université Paris VII, 2006

Dartevelle M., *De L'Appel au 17 à l'intervention d'un équipage : perspectives de recherche et études du travail en salle de trafic et de commandement à Lyon*, Lyon, université de Lyon II et I.H.E.S.I. 1993

Datchary C., Licoppe C., « La multi-activité et ses appuis : l’exemple de la ‘présence obstinée’ des messages dans l’environnement de travail », *@ctivités,* 2007

De Fornel M., et Quéré L., *La logique des situations*, Paris, Editions de l’EHESS, Raisons Pratiques, 1999

De Kervasdoué J., *La santé intouchable : enquête sur une crise et ses remèdes,* Paris, Lattès, 1996

De Singly F., *Parents salariés et petites maladies d’enfant, le congé pour enfant malade,* Paris, La Documentation française, 1993

Décision du Conseil, du 29 juillet 1991, relative à la création d’un numéro d’appel d’urgence unique européen n°91/396/CEE abrogée par la directive 2002/21/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 mars 2002

Del Piccolo L., Mazzi M., Saltini A., Zimmermann C., “*Inter And Intra Individual Variations In Physicians’ Verbal Behaviour During Primary Care Consultations”, Social Science And Medicine* p55, 10 novembre 2002

Deleuze G., Guattari F., « Rhizome », *Mille Plateau*, 2. *Capitalisme et schizophrénie*, Paris, Minuit, 1980

Demazière D., «L'entretien biographique comme interaction Négociations, contre-interprétations, ajustements de sens », *Langage et société*, 123, 2008

Depardon R., *Urgences*, Film documentaire, Arté vidéo, 1988

Dessaint L., Fournier C., « Egalité des droits, égalité des chances : l'accès aux soins ». *Revue Française Des Affaires Sociales.* 52e Année, n°4, 1998

Deveugele M., Derese A., De Maeseneer J., *Is gp-patient communication related to their perceptions of illness severity, coping and social support?, Social Science and Medicine,* 55, 7, 2002

Dewey J., (ss dir. J.-P. Cometti, Traduction J. Zask) *Œuvres philosophiques, tome 2, le public et ses problèmes,* Verdier, 2003

D'Houtaud A., *Sociologie de La Santé : Langage et Savoirs, Environnement et Ethique,* Paris, L'Harmattan, 1998

D'Houtaud A., Field M., Gueguen R., « *La santé: une affaire de médecins? (Le rôle des représentations de la santé et de la maladie dans les pratiques quotidiennes)* », Les représentations de la santé, Colloque INSERM, Vol. 178, 1989

Divorne L., « Démarche de tri : outils de tri existants », *Cours Supérieur de Médecine d'Urgence*, SFMU 2003, Paris, Arnette, 2003

Dodier N., *L'Expertise médicale, Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993

Dodier N., « Remarques sur la conscience du collectif dans les réseaux sociotechniques», *Sociologie du Travail,* n°2, 1997

Dodier N., Camus A., « L'admission Des Malades. Histoire et Pragmatique de L'accueil A L'hôpital », *Annales.* Histoire, Sciences Sociales, n°4, 1997

Dodier N., Camus A., « L'hospitalité de l'hôpital, l'accueil et le tri des patients aux urgences médicales », *Communications*, n°65, 1997

Dodier N., « L'ethométhodologie : une éthique radicale de l'indexicalité », *In* De Fornel M., Ogien A., Quéré L., (Eds.), *L'ethnométhodologie, Une Sociologie Improbable?* Paris, La Découverte, 2000

Dodier N., *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Editions de l'EHESS, 2003

Douat E., (dir) *La maîtrise des dépenses de santé en Europe et en Amérique du Nord : Etats-Unis, Grande-Bretagne, Canada, France, Allemagne, Italie,* Laboratoire d'études du droit public, Bordeaux, LCF, 1996

Douglas M., *De la Souillure, Etudes Sur La Notion de Pollution et de Tabou*, Paris, La Découverte, 1992

Doury M., « *Duel sur la cinq : dilogue ou trilogue ?* », *in* Kerbrat-Orecchioni C. Plantin C. (éds), *Le Trilogue*, Lyon, PUL, 1995

Drache D., Sullivan T., *Market Limits In Health Reform : Public Success, Private Failure*, London, Routledge, 1999

DREES, Carrasco V., Baubeau D., *Etudes et résultats. Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale*, n°212, 2003

DREES, Baubeau D., Carrasco V., *Etudes et résultats. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières*, n°215, 2003

DREES, Collet M., Gouyon M., *Etudes et résultats. Recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles,* DREES, n°625, 2008

Mason S., Nicholl J. Locker T., "Four hour emergency target, targets still lead *care* in emergency departments" *BMJ*, 341, 2010

Dubet F., *Le déclin de l'institution. L'expérience du travail sur autrui*, Paris, Seuil, 2002

Dubois P., Winkin Y., *Rhétoriques du corps*, Bruxelles, de Boeck Université, 1988

Eber N., *Le dilemme du prisonnier*, Paris, La Découverte, 2006

Economie & Prévision, Nouvelles Approches Micro-Economiques de La Santé, n°129/130 1997

Ehrich K., “Reconceptualizing *“*Inappropriateness’: Researching Multiple Moral Positions In Demand For Primary Healthcare*”, Health*, 2003

Elias N., *Du temps*, Paris, Fayard, 1997

Elias N., *La Société des individus*, Paris, Fayard, 1991

Elias N., *Qu’est-ce que la sociologie ?* Paris, Éditions de l’Aube, 1991

Engeström Y., « Quand le centre se dérobe », *Sociologie du travail*, vol. 50, n°3, 2008

Esprit, les nouvelles figures du soin, 1, 2006

Ethnologie Française, Langages et images du corps, VI, n°3-4, 1976

Evin C., Fortin M. F., Lebrun T., *et al. La santé, l'expert et le patient*, 2000

Fainzang S., *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste,* Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1989

Fainzang S., « La Santé: une affaire de médecins? Le rôle des représentations de la santé et de la maladie dans les pratiques quotidiennes », *Les Représentations de La Santé* (d'Houtaud A., Field M. Gueguen R. Eds.), Colloque INSERM, Vol. 178, 1989

Fainzang S., « L'approche ethnologique d'un discours médical » (résumé de communication), Actes du Colloque International du Centre d'Ethnologie Française *Anthropologie Sociale et Ethnologie de la France*, Musée des Arts et Traditions Populaires, Paris, 19-20-21 Novembre 1987, Ed. Peeters-France1989

Faïta D., « Dialogue entre expert et opérateur : contribution à la connaissance de l’activité par l’analyse des pratiques langagières », *Connexions*, n°65, 1995

Fassin D., Aïach P., *Les Métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994

Fassin D., *L'espace Politique de La Santé. Essai de Généalogie,* Paris, PUF, 1996

Fassin D., (coord.) *Les Figures urbaines de la santé publique : enquête sur des expériences locales,* Paris, La Découverte, 1998

Fassin D., Memmi D., *Le gouvernement des corps,* Paris, Éditions de l’EHESS, 2004

Foucault M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1972

Foucault M., *Surveiller et punir, naissance de la prison,* Paris, Gallimard, 1975

Foucault M., *Machines A Guérir*, aux origines de l'hôpital moderne, Wavre, Mardaga, 1995

Fournier V., *L'hôpital sens dessus dessous,* Paris, Michalon, 1996

Freidson E., *Medical work in America*, New Haven, London, Yale University Press, 1989

Freidson E., *Patients view of medical practice,* New York Aldine Publication Company, 1970

Freidson E., *La profession médicale,* Paris, Payot, 1984

Freidson E., "Celebrating Erving Goffman", *Contemporary Sociology*, vol. 12, n°4, 1983, cité en français in Peneff J. *L'hôpital en urgences*, Paris, Métailié, 1992

Freidson E., « une conférence d'Eliot Freidson » *Idées* n°116, juin 1999

Gagnon E., "The Advent Of The Medical Subject On Changes In The Notion Of The Individual In Health Care. L'Avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé », *Sciences Sociales et Santé,* 1998

Gardella E., « Le self comme interprétation chez E. Goffman », *Tracés, L'interprétation*, n°4, mai 2004

Garfinkel H., *Studies in Ethnomethodology,* Englewood Cliffs, N. J. Prentice Hall, 1967

Garfinkel H., *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, PUF, 2007

Gaudillière J.-P., « Antibiotique », in Dominique L. *Dictionnaire de la Pensée Médicale,* Paris, PUF, 2004

Gayet-Viaud C., « Du passant ordinaire au Samu social : la (bonne) mesure du don dans la rencontre avec les sans-abri », *Revue du MAUSS,* n°35, 2010

Geertz C., « La Description Dense », *Enquête* n°6, 1988

Giglio-Jacquemot A., « La présomption d'urgence chez les professionnels de la santé : l'exemple de prontos-socorros brésiliens », *Ethnographiques*, n°14, 2007

Gilligan C., *Une voix différente. Pour une éthique du care*, Paris, Flammarion, 2008

Glaser B. G., Strauss A., *Awareness of Dying*, Chicago Aldine, 1965

Goffman E., « On Facework », *Psychiatry*, 18, 3, 1955

Goffman E., *Encounters*, *Two Studies in the Sociology of Interaction,* Indianapolis, 1961

Goffman E., *Behavior in public places, notes on the organization of gatherings*, New York, Free Press, 1963

Goffman E., "The neglected situation", *in* Gumperz J. and Hymes D. the *ehnography of communication*, american anthropologist, 1964

Goffman E., *Le parler frais d'Erving Goffman*, Paris, Minuit, 1969

Goffman E., *Les Rites D'interaction*, Paris, Minuit, 1974

Goffman E., *La Mise en Scène de La Vie Quotidienne*, T.*1 La Présentation de Soi*, Paris, Minuit, 1973, *T.2 Les Relations en Public*, Paris, Minuit, 1975

Goffman E., *Stigmates, Les usages sociaux des handicaps,* Paris, Minuit, 1977

Goffman E., *Asiles, Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus,* Paris, Minuit, 1979

Goffman E. *Façons de Parler*, Paris, Minuit, 1987

Goffman E., (ed. Winkin Y.) *Les moments et leurs hommes*, Paris, Minuit, 1988

Goffman E. « La situation », *in Les moments et leurs hommes*, Paris, Minuit, 1988

Goffman E., « L'ordre de l'interaction », *Les moments et leurs hommes*, Paris, Minuit, 1988

Goffman E., « Calmer le jobard: quelques aspects de l'adaptation à l'échec », *In Le parler frais d'Erving Goffman*, (ss dir. I. Joseph), Paris, Minuit, 1989

Goffman E., *Les Cadres de L'expérience*, Paris, Minuit, 1991

Goffman E., « la distance au rôle en salle d'opération », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°143, 2002

Goffman E., *Comment se conduire dans les lieux publics. Notes sur l'organisation sociale des rassemblements*, traduit et présenté par Céfai D. Paris, Économica, à paraître, 2010 [*Behavior in Public Places : Notes on the Social Organization of Gatherings*, New York, Free Press of Glencoe, 1963]

Goodwin C., & Goodwin M.H., « La coopération au travail dans un aéroport », *Réseaux* 85, 1997

Goody J., *La Raison Graphique*, Paris, Minuit, 1979

Gotman A., *Le sens de l'hospitalité,* Paris, PUF, 2001

Grafmeyer Y., Joseph I., *L'École de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine,* Paris, Aubier, 1990

Grafmeyer Y., *Sociologie Urbaine*, Paris, Nathan, 1994

Grice H. P., « Logique et conversation », *Communication*, 30, 1979

Grosjean M., Cosnier J., Lacoste M., *Soins et communication, approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, PUL, 1993

Grosjean M., Lacoste M., *Communications et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, PUF, 1999

Grosjean M., « De la parole plurielle au polylogue effectif. Les relèves inter-équipes à l'hôpital ». 2001, *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. Vals-Asla n°74

Grosjean M., « L'awareness à l'épreuve des activités dans les centres de coordination », @ctivités n°3, 2005

Grossen M., & Diemand Rollet S., *La prise de parole de l'enfant dans des entretiens cliniques : les effets pragmatiques des changements de cadre participatif provoqués par un adulte*, Psychologie de l'Interaction, 2002

Hamad A., « Le statut du sujet dans le langage et dans la parole », in Schauder C. *et al. Lire Dolto aujourd'hui*, Paris, Erès, 2008

Guienne V., *Sauver, laisser mourir, faire mourir*, Rennes, PUR, 2010

Gumperz J., *Engager la conversation, Introduction à la sociologie interactionnelle*, Paris, Minuit, 1985

Gumperz J., Hymes D., the *ehnography of communication*, american anthropologist, 1964

Halary C., « Automates et Robots : D'hier A Aujourd'hui », *Les Enjeux Du Progrès*, PUQ, 1984

Halary C., « La Technologie Prend Langue », *Interventions Economiques*, Montréal-Lyon, 1988

Halary C., *Les Exilés Du Savoir*, Paris, L'Harmattan, 1994

Hall E.T., *La Dimension Cachée*, Paris, Le Seuil, 1966

Ham C., *Health Care Reform : Learning From International Experience*,. Buckingham, Open University Press, 1997

Hamon S., Jolly D., *Qu'est-Ce Qu'une Politique de Santé ?* Paris, Flammarion, 1996

Hannerz U., *Explorer La Ville*, Paris, Editions de Minuit, 1983

Haut Comité de La Santé Publique, *La Progression de La Précarité en France et Ses Effets Sur La Santé.* Rennes : ENSP, 1998

Haut Comité de La Santé Publique, *La Santé Des Français.* Paris, Découverte, 1998

Heath C., *Body movement and speech in medical interaction*, Cambridge 1977, Cambridge University Press, 1986

Heath C., “*embarrassment and interactional organisation*” in *Erving Goffman : exploring the interactional order,* Drew P, Wootton A, Cambridge polity press 1988

Heath C., Hindmarch J., *Analysing Interaction: Video, ethnography and situated conduct,* Sage, 2002

Henrard J.-C., Ankri J., Bertolotto F., *Systèmes et Politiques de Santé,* Rennes, ENSP, 1996

Heritage J. ’’Conversation analysis and institutional talk: analysing data’’ *In* Silverman D., *Qualitative Research, ”Theory, Method And Practice*”, Sage, 1997

Hérodote Santé Publique et Géopolitique, Numéro Spécial, n°92, 1999

Hervé C., *Éthique, Politique et Santé,* Paris, PUF, 2000

Herzlich C., *Médecine, Maladie, Société*, Paris, Mouton, 1970

Herzlich C., *Malades d’hier malades d’aujourd’hui de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1991

Herzlich C., Adam P., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 1994

Herzlich C., Adam P., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Collin, 2004

Hughes E. C., *Le regard sociologique, essais choisis,* Paris, Editions de l’EHESS, 1997

James W., *Le Pragmatisme,* Paris, Flammarion, 2007

Jany-Catrice F., Nicole-Drancourt C., *Le care : entre transactions familiales et économie des services*, Paris, La Découverte, 2008

Jeantet A., « A votre service ! La relation de service comme rapport social", *Sociologie du travail*, vol. 45, n°2, 2003

Jolly D., Jolly C., (dir) *Malade Ou Client ?* Paris : Economica, 1993

Joseph I., *Le passant considérable, essai sur la dispersion de l’espace public*, Paris, Méridiens, 1984

Joseph I., *Accessibilité et situations d'urgence, Actes du séminaire*, DRAST, RATP, Plan urbain, 1992

Joseph I., Quéré L., « L'organisation sociale de l'expérience », *Futur Antérieur,* n°19-20, 1993

Joseph I., Jeannot G., *et al. Les Métiers du public, les compétences de l'agent et l'espace de l'usager*, Paris, CNRS Editions, 1995

Joseph I., *Erving Goffman et la microsociologie*, Paris, PUF, 1998

Joseph I., *Météor*, Paris, Economica, 2004

Joseph I., « Le temps partagé. Le travail du machiniste-receveur », *L'athlète moral et l'enquêteur modeste (recueil de textes)*. Paris, Economica, 2007

Jouan M., « Harry Frankfurt et la métaphysique du care », *in* Paperman P., Laugier S., Paperman P., Laugier S., *Le souci des autres. Ethique et politique du* care, Paris, Editions de l'EHESS, 2006

Journé B., « L'étude de cas à l'épreuve des situations : quelles méthodologies pour étudier la singularité? », *in* D. Bayart, A. Borzeix, H. Dumez (éds.), *Langage et organisations. Sur les traces de J. Girin*, Paris, Editions de l'Ecole Polytechnique, 2010

Karsenti B., Quéré L., *La Croyance et l'enquête, aux sources du pragmatisme*, Paris, Editions de l'EHESS, coll. Raisons pratiques, n°15, 2005

Réseaux, sciences malades et espaces publics, (ccord. D. Cardon) numéro spécial, 17, 95, 1999

Katz J., *How emotions work*, UCP, 2001

Knorr-Cetina K., « *The Synthetic Situation : Interactionism for a Global World* », *Symbolic Interaction,* vol. 32, n°1, 2010

L'Express, « Le palmarès 2010 des hôpitaux les plus sûrs » 10 décembre 2009,

L'homme, Anthropologie du proche Vol. 32 n°121, 1992

La Rosa E., *Santé, Précarité, Exclusion*, Paris, PUF, 2000

Labov W., *Sociolinguistique*, Paris, Minuit, 1976

Lacoste M., « Parole plurielle et prise de décision », *in* E. Goffman, *Le parler frais d'Erving Goffman*, Paris, Minuit, 1989

Lacoste M., « Langage et Interaction: Le Cas de La Consultation Médicale », *In* Cosnier J., Grosjean M., Lacoste M., (Eds), *Soins et Communications*, Lyon, PUL, 1993

Lambert D.-C., *Les Systèmes de Santé : Analyse et Evaluation Comparée Dans Les Grands Pays Industriels* / Denis-Clair Lambert. Paris : Ed. Du Seuil, 2000

Lamoureux C., *La Grande Parade Du Catch*, Toulouse, Presses Universitaires Du Mirail, 1993

Laplantine F., *La Description Ethnographique*, Paris, Nathan, 1996

Latour B., *La Science en Action*, Paris, La Découverte, 1990

Lavergne C., Mondémé T., « Editorial », *Tracés, Pragmatismes,* n°15, 2008

Lawler J., *La face cachée des soins*, Paris, Seli Arslan, 2002

Le Breton D., *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, 1990

Le Breton D., *La sociologie du corps*, Paris, PUF, 1993

Le Breton D., *L'adieu au corps*, Paris, Métailié, 1999

Le Quellec S., *Histoire des urgences à Paris de 1770 à nos jours*, thèse pour le doctorat en médecine, Université Denis Diderot, Paris VII, 2000

Leclerc A. (dir), Fassin D., Grandjean H., *Les Inégalités Sociales de Santé*, Paris, La Découverte, 2000

Le Ména E., « Les funambules du tact » ou les Equipes d'Aide Mobiles au travail », *Symposium de l'Observatoire,* Paris, Observatoire du SAMU social, 18 décembre 2007

Lepoutre D. « Codes Rites et Langages », *Coeur de Banlieue,* Paris, Odile Jacob, 1997

Le Point, « Le palmarès des hôpitaux 2009 », 17 septembre 2009

Levinas E., *La souffrance inutile : Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre,* Paris, Grasset, 1998

Lézé S., Fassin D., *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, 2004

Liaisons, *Les Sapeurs Pompiers de Paris* n°293, 1989

Licoppe C., « Le traitement des courriers électroniques dans les centres d'appels », *Sociologie du travail*, Vol. 44, n°3, 2002

Licoppe C., « Pragmatique de la notification », Paris, *Tracés* n°15, 2009

Lipsky M., *Street Level Bureaucracy*, New York, Russel Sage Foundation, 1980

Lits G., « Tiers et objectivité sociale chez Georg Simmel. Possibilité d'approche des sociabilités au temps de la mondialisation ? » *Émulations,* n°5, vol. 3, 2009

Llewellyn-Thomas H. A., *et al.* "Patients Willingness To Enter Clinical Trials : Measuring The Association With Perceived Benefit And Preference For Decision Participation", *Social Science And Médicine,* n°32, 1991

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Luff P., Heath C., *Technology in action,* Cambridge, Cambridge University Press, 2000, cité par Salembier P., Zouinar M., « Intelligibilité mutuelle et contexte partagé, Inspirations conceptuelles et réductions technologiques », *@ctivités,* n°1, 2004

Lussier H., *Les sapeurs-pompiers au XIX siècle*, Paris, L'Harmattan, 1987

Marcoccia M., « *Les interviews de couple, réflexion sur le rôle de porte-parole* » *in* Kerbrat-Orecchioni C., Plantin C., (éds), *Le Trilogue*, Lyon, PUL, 1995

Marin I., Hazif-Thomas C., Houzel D., « L'alliance soignants-parents dans la prise en charge de l'enfant malade », *Europsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, 45, 1997

Mauss M., *Essais de Sociologie*, Paris, Minuit, 1969

Mauss M., « Les Techniques Du Corps » *In* Mauss M. *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF, 1980

Mauss M., « Essai sur le Don », *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 2001

Mead G. H., *L'esprit, le soi et la société,* Paris, PUF 2006

Mercadier C., *Le Travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, Paris, Seli Arslan, 2002

Merleau-Ponty M., *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945

Merleau-Ponty M., *Résumés de Cours. Collège de France 1952-1960*, Paris, Gallimard, 1968

Merton R. K., *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, Armand Colin, 1997

Middleton D., Engestrom Y., (Eds.), *Cognition and Communication at Work*. Cambridge, CUP, 1996

Molinier P., « Travail et compassion dans Le monde hospitalier, *in Cahiers du genre, La relation de service, Regards Croisés,* n°28, 2000

Molinier P., « La haine et l'amour, la boîte noire du féminisme ? Une critique de l'éthique du dévouement », *in Nouvelles questions féministes* n°23/3 ; 2004

Molinier P., « Travail de *care* et tendresse comme outil de la performance » *in Sciences Humaines, Les métiers ont-ils un sexe ?* n°146, 2004

Molinier P., « Le *care* à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », *in* P. Paperman et S. Laugier, *Le souci des autres. Ethique et politique du* care, Paris, Editions de l'EHESS, 2006

Molinier P., « Quel est le bon témoin du *care* ? » *in* P. Molinier S. Laugier, P. Paperman, Q*u'est ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot, 2009

Molinier P., Laugier S., Paperman P., *Qu'est ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot, 2009

Mondada L., « La ville n'est pas peuplée d'êtres anonymes : Processus de catégorisation et espace urbain » *Marges Linguistiques*, n°3, 2002

Mondada L., "*Working with video: how surgeons produce video records of their actions*", *Visual Studies*, n°18, 2003

Mondada L., « Interactions en situations professionnelles et institutionnelles : de l'analyse détaillée aux retombées pratiques », *Revue Française de Linguistique Appliquée*, Vol. XI, 2006

Monjardet D., *Ce que fait la police : sociologie de la force publique*, Paris, La découverte, 1996

Mougel S., *Au chevet de l'enfant malade*, Paris, A. Collin, 2009

Moujmid-Ferdjaoui N., Carrere M. O., « La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale », *Revue Française des Affaires Sociales* n°2, 2000

Munster A., « La différence comme non-indifférence : éthique et altérité chez Emmanuel Levinas » *Le Séminaire du Collège International de Philosophie*, Paris, Kimé, 1998

Murard L., Zylberman P., *L'Hygiène de la République : la Santé Publique en France ou l'Utopie Contrariée(1870-1918),* Paris, Fayard, 1996

Naar J., *Design For A Livable Planet*, Harper And Row, New York, 1990

Nairn S. J., *Culture, Health And The Emergency, Dissertation Abstracts International, C: Worldwide*, 64, 1, 2003

Nicolini D., Gherardi S., Yanow D., éds. *Knowing in Organizations. A Practice-Based Approach,* London and NY, ME Sharpe, 2003

Ogien A., « Le remède de Goffman ou comment se débarrasser de la notion de *self* », *Séminaire Cesames, le mental, le vivant, le social*, 20 janvier 2005, accessible sur http://cesames.org/seminaires.htm

Ogien A., Quéré J., *Les moments de la confiance. Connaissance, affects et engagements*, Paris, Economica, 2006

O'Neil J., *Le Corps Communicatif*, Méridiens-Klisieck, 1995

Padioleau J.-G., *Le réformisme pervers. Le cas des sapeurs-pompiers*, Paris, PUF, 2002

Padioleau J.-G., *La fin des sapeurs-pompiers républicains ?* Paris, L'Harmattan, 2003

Paperman P., « Engagements et émotions », dans Ion J. et Peroni M. (eds), *Engagement public et exposition de la personne*, Paris, Edition de l'Aube, 1997

Paperman P., « les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel » *in* P. Paperman et S. Laugier, *Le souci des autres. Ethique et politique du* care, Paris, Editions de l'EHESS, 2006

Paperman P., et Laugier S., *Le souci des autres. Ethique et politique du* care, Paris, Editions de l'EHESS, 2006

Paperman P., *in Colloque : Politiques du* care, CNAM, 21 & 22 juin 2007

Parizot I., *Soigner Les Pauvres : Rapports Sociaux et Identités Dans Les Associations Humanitaires et Le Secteur Hospitalier*. Th. Doct. : Sociol. Paris, IEP, 2000

Parsons T., *The Social System*, London, Routledge & Kegan Paul, 1951

Pattaroni L., « Le *care* est-il institutionnalisable » *in* P. Paperman et S. Laugier, *Le souci des autres. Ethique et politique du* care, Paris, Editions de l'EHESS, 2006

Paugam S., *Le Salarié de La Précarité*, Paris, PUF, 2000

Peirce C. S., «La logique de la science, comment rendre nos idées claires» *Revue Philosophique*, 1878

Peirce C. S., *Écrits sur le signe*, (rassemblés traduits et commentés par G. Deledalle), Paris, Le Seuil, 1978

Peirce C. S., « Quelques conséquences de quatre incapacités » in *Pragmatisme et pragmaticisme*, Paris, Cerf, 2002

Pène S., *Ecriture, expression, économie, critique du paradigme «individu et organisation»*, Présentée en vue de son Habilitation à Diriger des Recherches, MCF, Paris, Université Paris 5 René Descartes, 2005

Pène S., Borzeix A., Fraenkel B. (textes réunis par), *Le langage dans les organisations : une nouvelle donne*, Paris, Harmattan, 2001

Bazet I., « Pour une approche communicationnelle du travail d'organisation : le changement organisationnel associé à la gestion des événements indésirables », *Communication et Organisation*, n°33, 2008

Peneff J., *L'hôpital en Urgence*, Paris, Métaillé, 1992

Peneff J., *Les malades des urgences, une forme de consommation médicale,* Paris, Métailié, 2000

Perraut Soliveres A., *Infirmières, Le Savoir de La Nuit*, Puf-Le Monde, 2001

Piette A., « l'anthropologie du détail», *in Le mode mineur de la réalité. Paradoxes et photographies en anthropologie*, Louvain, Peeters, 1992

Plantin C., « *Fonctions du tiers dans l'interaction argumentative* » *in* Kerbrat-Orecchioni C., Plantin C., (éds), *Le Trilogue*, Lyon, PUL, 1995

Pouchelle M.-C. *Corps et chirurgie à l'apogée du Moyen Age*, Paris, Flammarion 1983

Pouchelle M.-C. « Transports Hospitaliers, Extra-Vagances de L'âme », *in Gestions Religieuses de La Santé* (ss. Dir. Lautman F. Maitre J.), Paris, L'harmattan, 1995

Pouchelle M.-C., *L'Hôpital Corps et Ame, Essais d'Anthropologie Hospitalière,* Paris, Seli Arslan, 2003

Pudal R., « La sociologie française est-elle *pragmatist compatible* ? » *Tracés, Pragmatismes,* n°15, décembre 2008

Quéré L., et Karsenti B., *Raisons Pratiques, La croyance et l'enquête,* n°15, Paris, Editions de l'EHESS, 2005

Rabeharisoa V., Callon M., *Le Pouvoir Des Malades*. L'association française contre les myopathies et la recherche, Paris, les presses de l'école des Mines, 1999

Racine L., «Les formes élémentaires de la réciprocité», *L'homme,* 26, 99, 1986

Racine L., « Les formes d'action sociale réciproque : dyades et triades », *Sociologie et sociétés*, vol. 31, n°1, 1999

Raulet-Croset N., « cadrages » in Denis Bayart, Anni Borzeix, Hervé Dumez (eds) *Langage et organisations. sur les traces de Jacques Girin*, Editions de l'école Polytechnique, 2010

Rawls A., "The Interaction Order *Sui Generis* : Goffman's Contribution To Social Work " *Sociological Theory Vol. 5, 1987*

Recherches Sociologiques, Le corps. Entre émotion et rationalité, 29, 1, 1998

Référentiel IOA. SFMU. http://www.sfmu.org/fr/ressources/referentiels#organisation

Retière J.-N., « Etre sapeur-pompier volontaire, du dévouement à la compétence », *Genèses*, n°16, 1994

Revue Française des Affaires Sociales, La Démocratie Sanitaire, 54, 2, 2000

Revue française de sociologie, problèmes de sociologie de la médecine, 46, 3, 2005

Richard M.-S., *Soigner la relation. Malade-famille-soignants*, Villejuif, CREFAV, 2002

Rolland D., *Sapeurs pompiers de Paris : culture et traditions*, Atlante, Saint-Cloud, 2005

Roustit Vitoux-Brot, *Profil des utilisateurs itératifs des urgences pédiatriques*, Paris, Masson, 2004

Schilling A., The *body and the social theory*, London, Sage Publications, 1993

Schmidt V., *Motivation des personnes venant consulter spontanément au service des urgences de l'hôpital de Versailles*, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université René Descartes, Paris, 1995

Schneider-Bunner C., *Santé et justice sociale : l'économie des systèmes de santé face à l'équité.* Paris, Economica, 1997

Schön D. A., « A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes », *In* Barbier J.M. (Dir), *Savoirs Théoriques et Savoirs D'action*, Paris, PUF, 1996

Schön D. A., *The reflective practioner, how professionals think in action*, Basic Books, 1983

Schwartz O., Postface : « L'empirisme irréductible », *in* Anderson N. *Le Hobo,* Paris, Nathan, 1993

Schwartz Y., « 'C'est Compliqué'. Activité Symbolique et Activité Industrieuse », *Langages*, n°93, 1989

Sciences Sociales et Santé. Les associations de malades : entre le marché, la science et la médecine Vol.16, n°3, 1998

Sfez L., *La Santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie,* Paris, Le Seuil, 1995

Silverman D., *Communication and medical practice. Social relations in the clinic,* London, Sage, 1987

Simmel G., "*The Number of Members as Determining the Sociological Form of the Group.*" *American Journal of Sociology* 8, 1902

Simmel G., *Sociologie et épistémologie*. Paris, PUF, 1981

Simmel G., « Pont et porte », *in La tragédie de la culture et autres essais,* Rivages, 1988

Simmel G., *Sociologie. Études sur les formes de la socialisation.* Paris, PUF, 1999

Sociologie Du Travail. Les Acteurs de La Santé Publique et Les Réformes. Vol.42, n°1, 2000

Statistiques des Services d'Incendie et de Secours, Direction de la Sécurité Civile, Edition 2009

Stingre D. *Le service public hospitalier*, Paris, PUF, 2010

Strauss A., "The Work of the hospitalized patients", *Soc Sci Med* 1982

Strauss A., *The Social Organization of medical work*, University Of Chicago Press, 1985

Strauss A., "Renégociation", *Social Sc & Med* Vol 16, 82, 1992

Strauss A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992

Sudnow D., *Passing on : the Social Organisation of Dying*, Prentice Hall, 1967

Sudnow D., *Studies in Social Interaction*, New York, Free Press, 1972

Tain L., « L'envers des mots et les enjeux des corps: les ambiguïtés de la coopération entre médecins et patients », *in* Cresson G. *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Paris, ENSP, 2003

Taylor C., Benger J. R., « *Patient satisfaction in emergency medicine, a review of 10 years studies in Europe and USA* », EMJ, 7 mars 2003

Terssac G. de, *Autonomie dans le travail*, Paris, PUF, 1992

Thévenot L., Boltanski L., *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991

Thibaud J.-P., *Regards en action*, Paris, A la croisée, 1992

Tonnellier F., Vigneron E., *Géographie de La Santé en France*, Paris, PUF, 1999

Traverso V., « Gestion des échanges dans la conversation à trois participants », *in* Kerbrat-Orecchioni C. Plantin C. (éds), *Le Trilogue*, Lyon, PUL, 1995

Trom R., *Paraboles et catastrophes*, Paris, Flammarion, 1983

Tronto J., *Un monde vulnérable. Pour une politique du* care, Paris, La Découverte, 2009

Turner B., "Regulating Bodies. Essays" *In Medical Sociology*, London, Routledge, 1992

Turner B. S., *The Body And Society : Explorations In Social Theory*, Oxford, Basil Blackwell, 1996

Urgence Pratique, La satisfaction globale des patients aux urgences est-elle comparable à celles des soignants ?, n°90, 2008

Vaughan D., "*Organizational rituals of risk and error*", *in* Hutter B. Power M. (Eds.), *Organizational Encounters with Risk,* New York and Cambridge, Cambridge University Press, 2004

Vaughan D., "Theorizing disaster. Analogy, historical ethnography, and the Challenger accident", *Ethnography,* vol. 5, n°3, 2004

Vega A., *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 2000

Vigarello G., *Le corps redressé*, Paris, J.-P. Delarge, 1978

Vigarello G., *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis Le moyen-Age*, Paris, Le Seuil, 1985

Vigarello G., *Le Sain et le malsain* ? « Santé et mieux-être depuis le moyen-âge », Paris, Le Seuil, 1993

Voizot B., « Le tiers indispensable au travail psychanalytique en face-à-face » in *Revue Française de Psychanalyse, Le tiers analytique*, tome LXIX n°3, juillet 2005

Volckirck E., « Les usages du tiers dans la négociation », *Négociations*, n°12, 2009

Waissman R., « le travail médical de la famille » *in* Aiach Kaufman A. Waissman R. *Vivre une maladie grave*, Méridiens, 1989

Watzlawick P., *et Al., Une Logique de La Communication*, Paris, Seuil, Coll. « Point Anthropologie », 1972.

Weller J.-M., « Abuse-t-on de la notion de relation de service », *Education permanente,* n°137, 1998

Weller J.-M., «Stress relationnel et distance au public. De la relation de service à la relation d'aide», *Sociologie du travail*, n°1, 2002

Whyte W. F., *Street Corner Society, Chicago*, University of Chicago, 1943

Winkin Y., *La nouvelle communication,* Paris, Seuil, 2000

Winkin Y. *Anthropologie de la communication,* Paris, Seuil, 2001

Wittgenstein L., *Tractatus Logico-Philosophicus,* Gallimard, Paris, 1961

Zelizer V. A., « l'économie du *care* », in Jany-Catrice F. Nicole-Drancourt C. *Le care : entre transactions familiales et économie des services*, Paris, La Découverte, 2008

Zimmermann M., *Le jeu avec les ombres : médecine, maladie et expérience esthétique,* Paris, Editions de l'EHESS (Anthropologie Sociale et Ethnologie), 2004

Ressources internet

Centre de Recherche, D'étude et de Documentation en Economie de La Santé CREDES : Http://Www.Credes.Fr/

Organisation Mondiale de La Santé OMS / WHO : Http://Www.Who.Int/

ANNEXES

ANNEXE 1 : TRANSCRIPTIONS D'APPELS ET D'OBSERVATION AU 18

Ces transcriptions non sociolinguistiques ont été légèrement nettoyées de leurs répétitions de syllabes pour en faciliter la lecture, tout en conservant autant que possible les énoncés originaux et leurs hésitations, reprises etc. En outre, nous n'avons pas laissé de noms de lieux et nous avons changé le nom des personnes. Dans le corps du mémoire, pour rendre la lecture plus fluide, nous avons posé des noms inventés sur les lieux et les noms propres, ce qui n'est pas systématiquement le cas dans les transcriptions initiales présentée ici où les noms sont généralement remplacés par des XXX.

Appel n°1 : Spasmophilie sans demande d'intervention
Stationnaire (S) : Pompiers, bonjours

Femme (F) : Oui, bonjours, euh, euh donc là je suis sur mon lieu de travail j'ai une personne qui est en train de faire un début de crise de spasmophilie, elle a les mains qui sont euh crispées qu'est ce qu'on doit faire ? Les mains enfin elle a les poings serrés

S : Elle fait de la tétanie alors.
F : C'est de la tétanie.
S : Voilà
F : Peut-être…
S : Oui, (ton très calme, posé, presque ennuyé) vous me donnez votre adresse
F : (voix montante, angoissée) Euh euh enfin vous allez vous déplacer ! ?
S : Ah ben oui
F : c'est euh, c'est euh, impératif ?
S : Oui
F : Oui ? … Bon d'accord… parce que… ben elle est consciente hein ! ? Elle est réveillée qu'elle va bien y a que les mains qui sont crispées

S : Oui, pour l'instant
F : Pour l'instant, oui. Et, y a pas moyen d'aller à la pharmacie chercher quelque chose ? Euh…
S : Non
F : Non ?
S : Non, rien du tout
F : Et nous on peut rien faire ici ?
S : Non, à part la mettre dans un coin, la calmer et puis essayer de la retenir pour qu'elle soit pas seule si la crise augmente, c'est tout, enfin c'est vous qui voyez, hein. Moi si vous voulez pas les pompiers, j'envoie pas les pompiers, ça me dérange pas

F : Ben je sais pas, parce que en fait là pour l'instant elle est calme.
S : Ouais
F : Mais euh…

S : Mais vous l'avez dit le mot : pour l'instant
F : Ouais
S : C'est la première fois qu'elle fait ça ou…
F : (à la personne souffrante) C'est pas la première fois Carine ?
Non ? Et après, ça se passe comment quand tu…. Quand t'es comme ça ?
F : (au stationnaire) Parce que normalement elle a un médicament à prendre
S : Mmh :
F : Et euh là elle l'a pas sur elle
S : Elle l'a pas sur elle (ton désabusé)
F : Elle l'a pas sur elle et puis euh donc elle a appelé chez ses parents et euh, donc euh personne n'est là pour venir euh pour lui amener le médicament, mais y a personne

S : Donc y a deux solutions, soit la crise se passe toute seule
F : Oui
S : Soit elle passe pas, Parce que là ça fait combien de temps euh qu'elle est comme ça, euh trois quart d'heure ?
F : Mmh …
S : Et vous lui avez, euh, vous l'avez mise de côté ? Vous lui… vous la laissez tranquille ?

F : Oui
S : Et ça se passe toujours pas.
F : (en aparté) On laisse combien de temps ?
S : Pardon ?
F : Non, (en aparté) d'habitude c'est quoi ?

F : (au stationnaire) Ouais parce qu'habituellement ça lui prend partout, et elle arrive pas à respirer, mais là bon ça fait presque une heure que bon, c'est juste les poings

S : Mmh…
F : Puis que elle a les poings serrés, donc euh, bon, ça progresse pas
S : (dubitatif) Si au bout d'une heure ça s'est toujours pas passé… enfin bon
F : Ben je sais pas, euh…
S : Vous voyez, vous appelez donc je suppose que c'est pour avoir quelque chose
F : Oui moi je voulais savoir si il y avait quelque chose à faire euh…
S : Ouais je vous envoie les pompiers pour emmener cette dame à l'hôpital
F : (en aparté) Tu vas à l'hôpital, Carine (l'air vaguement paniquée)…
F : (au stationnaire) Non, elle veut pas
S : Cette dame veut pas aller à l'hôpital
F : Ben non
S : Notre notre présence n'est pas… n'est pas souhaitée ?
F : Ben euh (raclement de gorge), parce que en fait elle sait qu'elle a un médicament à prendre mais bon elle l'a pas, mais bon euh, vous pouvez pas obtenir, euh ?

S : Ben justement c'est pour ça qu'on va l'emmener à l'hôpital, pour avoir le médicament
F : (en aparté) Si on t'emmène à l'hôpital…
S : Si la crise se passe, une demi-heure après elle est sortie
F : (en aparté) Et puis si ta crise elle part, donc t'auras le médicament à l'hôpital, donc ça passe après ils te ramènent, tu reviens…

F : (au stationnaire) Parce que bon, c'est vrai moi, j'ai peur que ça empire,

F : (en aparté) Alors Carine

F : (au stationnaire) Excusez moi

F : (en aparté) Carine ?… tu préfères attendre quoi ? Que ça passe ? !

S : Deuxième solution vous pouvez faire venir un médecin là où vous travaillez
F : Euh…
S : Si elle préfère
F : (en aparté) Tu préfères qu'on fasse venir un médecin Carine ?… hein ? Carine ? Quoi ? Un médecin ?

F : (au stationnaire) Bon ben apparemment on va appeler son médecin pour savoir le nom du médicament, et alors

F : (en aparté) De toute façon tu pourras pas l'avoir, c'est sur ordonnance… ouais ? Bon.

F : (au stationnaire) : Ben on va voir alors

S : Voilà
F : Et puis ben si elle va pas mieux ben je vous rappellerai
S : Voilà
F : En tout cas merci beaucoup
S : Au revoir
F : Au revoir

Appel n° 2 le SAMU social

Stationnaire : Les pompiers bonjours

Femme : Oui, bonjour, voilà, je suis assistante sociale, à Fortville et nous avons une personne qui est, qui fait un malaise là actuellement, est-ce que vous pourriez venir pour l'emmener à l'hôpital

S : Quel genre de malaise ?

F : Euh quel genre la collègue ? Elle mange pas, on se demande si… sous produit, là… On, lui a donné un truc avec de la menthe pour un peu la tonifier mais bon, ça fait pas grand chose, le sorbitol ça a rien fait non plus et là, elle est… d'accord, elle est… pfff ! elle en train de, elle est sur le fauteuil et elle se liquéfie un peu, voyez, elle est vraiment pas bien elle est toute pale, euh, puis en plus elle a plein de problèmes sociaux qui, je dois dire qui font, qui l'arrangent pas. Si vous préférez, je crois qu'il y avait un mélange des deux, des problèmes sociaux par dessus la tête plus, euh, un état physique

S : (qui l'interrompt) C'est quoi votre adresse ?
F : On est XXX rue XXX
S : Rue XXX ?
F : Oui, XXX euh si vous situez la bibliothèque on est au dessus, on est en dessous de l'ancienne A.N.P.E.

S : A X ?
F : Oui
S : Vous m'avez dit l'étage ? Premier étage donc ?
F : On est en sol d'immeuble
S : …
S : Vous êtes un SAMU social ?
F : Oui on est le SAMU social
S : De la ville de x
F : Voilà
S : On va passer hein

F : OK (soulagée) merci beaucoup
S : L'entrée est libre ?
F : Oui, y a pas de problèmes, merci, au revoir
Négociation réussie de la part de la femme, qui a cachée jusqu'au dernier moment que c'était le SAMU social.

Appel n° 3 la fuite dans le restaurant

S : Les pompiers bonjour
H : (accent) Oui, bonjours monsieur, alors rien de grave, déjà, et on a une fuite d'eau euh, ça vient de l'étage au dessus et la dame, la dame ça fait une semaine qu'elle est à l'hôpital

S : Le gardien n'a pas les clefs ?
H : Euh le gardien n'a pas les clefs, personne n'a les clefs
S : Le syndic non plus ?
H : Non plus
S : Vous l'avez appelé au moins ?
H : Euh on a essayé par le propriétaire de de l'appartement, euh, ça va pas, alors ce qu'on vous demande, si vous pouvez jeter juste un coup d'œil, parce que nous c'est un restaurant, alors euh, je sais pas ce qui faut faire

S : Oui, ben on va couper l'eau dans tout l'immeuble, c'est tout, hein.
H : Dans tout l'immeuble ? Et comment on va travailler nous après ?
S : Faites une réserve d'eau
H : Euh, qu'est ce que je veux dire euh, y a pas moyen euh
S : Mais on va se débrouiller ! comme d'habitude !
H : D'accord. Vous savez où on est ?
S : Non, vous allez me le donner !
H : Alors, XX…
S : Oui ?
H : Rue XXX… Paris XXX… le restaurant libanais XXX
S : Donc c'est au dessus que ça fuit, hein, donc vous nous, vous nous, vous nous ferez voir ?
H : Euh, pardon ?
S : Vous nous ferez voir, vous nous emmènerez sur place ?
H : Oui oui ! Je suis au restaurant déjà
S : D'accord, OK, hein ? On va aller voir ça.
H : A tout de suite, au revoir
Négociation réussie de l'appelant

Appel n° 4 Coincée dans l'ascenseur

S : Les pompiers
F : Oui, euh, je suis coincée dans l'ascenseur
S : Oui, ben il faut appeler l'ascensoriste, madame
F : Mais je peux pas ! Je suis dans l'ascenseur dans le noir !
S : Mais non. Vous n'avez pas le téléphone ?
F : Ben, j'ai mon téléphone portable mais comment je fais ! ?
S : Ben c'est très bien, ça doit fonctionner, vous êtes quoi, c'est quoi comme appareil ?
F : Nokia
S : Non pas l'…

F : (voix stridente, au bord des larmes) Je suis dans le noir je suis complètement dans le noir là, j'ai plus que mon briquet pour faire votre numéro

S : Vous savez pas que quand on appuie sur le portable il s'allume
F : Mais votre numéro, mais l'ascenseur je l'ai pas moi !
S : La marque. Je vous ai pas demandé le numéro, c'est la marque que je veux.
F : La marque de l'ascenseur ?
Oui, ça peut être OTIS, c'est marqué dessus hein.
F : XXX, c'est marqué appareil entretenu par XXX.
S. XY !
F : XY
S : Oui, XY euh, ben très facile à retenir en plus : comme vous êtes dans le noir vous allez pas pouvoir le noter, alors c'est le XXXXXXXX, xxxxxxxx, c'est la société XY qui va envoyer un technicien

F : Je peux pas retenir de mémoire tout… je suis dans le noir moi, pfff :

S : C'est pas parce que vous êtes dans le noir que vous allez pas pouvoir retenir de mémoire : en parlant fort : XXXXXXXXXX

F : XXXXXXXX

S : C'est ça

S : Sinon vous avez appuyé sur le bouton d'alarme ?…vous avez déjà appuyée sur le bouton d'alarme ?…allô !

F : Ben oui mais j'arrête pas, y a personne

S : Voilà oui, faites ce numéro là vous aurez la société au bout du fil, ils vont vous envoyer un technicien, si il, si il n'est pas déjà parti, à mon avis il est déjà parti hein, si vous avez déjà appuyé sur le bouton d'alarme

F : (résignée, des sanglots dans la voix) Bon ben j'appelle
S : Hein bon sinon si vous avez un soucis vous nous rappelez
Echec de la négociation

Appel n°5 malaise à la banque

S : Les pompiers bonjour
H : Oui les pompiers ?
S : Oui
H : Oui c'est la banque de X, de Puteaux
S : Ou là, oui.
H : Euh, est-ce que vous pouvez intervenir pour, euh, un agent qui a un malaise ?
S : quelle adresse ?
H : Un malaise urgent et un malaise cardiaque
S : Un malaise cardiaque. Vous êtes médecin ?
H : Non je suis, pompier
S : …
H : Je suis pompier, si vous pouvez intervenir euuuh d'urgence parce que il se sent pas bien et je crois qu'il…

S : Ben vous me donnez l'adresse monsieur
H : Oui c'est X, place XXX, place XXX à Puteaux
S : A Puteaux

H : Oui à Puteaux oui
S : Comme établissement c'est ?
H : C'est la banque XX.
S : C'est la banque XX
H : Et puis ça lui prend dans la poitrine et puis il a, il fait, il fait de l'asthme un peu hein, et puis là il nous a fait un petit malaise ce matin, mais là il en fait un, euh, d'enfer hein

S : Il arrive à parler ?

H : Mais il parle il parle mais il nous répond plus là depuis depuis trois minutes il nous répond plus, alors, euh, je crois

S : Place XXX. Toujours conscient ou pas ?
H : Mais euh, tout juste
S : Conscient ou inconscient ?
H : Il est presque inconscient, hein, si vous pouvez intervenir assez rapidement c'est au XX place XXX, et j'attendrai devant, hein ?

S : On est déjà parti, hein !
H : Voilà d'accord merci, hein
S : J'ai essayé d'avoir des renseignements mais bon
H : Voilà je suis ici, euh, pour vous faire rentrer
S : Voilà,
H : D'accord, merci !

Appel n°6 accident de la route police

S : Pompiers bonjour
H : Euh oui, c'est la police que je demandais
S : Quel département monsieur
H : Euh 93
S : Quel motif ?
H : Euh un accident
S : Matériel ?
H : Euh matériel ouais, uniquement matériel, attendez excusez moi,

H : (en aparté) Ouais ouais, je vais faire un constat, vous avez appelée la police ou pas ? Vous voulez pas me le dire, j'essaye moi de mon côté, ouais, excusez-moi, hein

S : Je vous les passe, hein
H : Ouais
Répondeur : Nous vous mettons avec la police ou la gendarmerie nationale, bis,
Police : Oui le 17 P.S. je vous écoute ?

Appel n°7 automobiliste personne tombée

S : Pompiers bonjour

H : Et ouais bonjour j'appelle pour euh y a une personne qui s'est euh évanouie là, qui est par terre là

S : Où ça ?
H : C'est à Nanterre
S : Nanterre ?
H : Rue de Strasbourg oui

S : Il y a un numéro dans la rue de Strasbourg ?
H : Euh…vous verrez, c'est à côté de la boulangerie, j'ai pas le numéro, en fait
S : Ben regardez autour de vous, il me le faut
H : Oh là, là, je sais pas, je suis en voiture moi je passais en voiture je vous ai appelé
S : Ah bon, votre numéro de téléphone c'est quoi ?
H : C'est un portable
S : Oui mais c'est quoi le numéro de téléphone ?
H : Euh le numéro c'est XXXXXXXXX
S : C'est bien celui là, oui
H : C'est bon ?
S : C'est bon oui
H : Je peux avoir…merci au revoir ?
S : Au revoir oui

Appel n°8 porte qui claque enfant dedans

S : Pompiers bonjour

F : Oui bonjour euh je suis la nounou d'un petit enfant de onze mois, qui est au X rue XX

S : Oui

F : Et la porte est fermée et mes clefs se retrouvent à l'intérieur pour l'instant elle dort depuis quatre heures moins cinq (sanglots contenus) en sortant pour les poubelles, elle est toute seule quoi, je pars chercher la grande, je suis déjà à son école à quelques pas de là-bas, est-ce qu'on peut se rencontrer là bas dans quelques minutes ?

S : Euh vous étiez partie chercher la, chercher la grande ?
F : Non non, je suis sortie d'abord pour jeter la poubelle
S : Oui
F : Pour revenir en arrière la rhabiller, même quand elle dort
S : Oui
F : Mais la porte s'est refermée
S : Ah oui, d'accord
F : Mm
S : C'est à quelle adresse s'il vous plaît ?
F : X rue XXXX
S : …Qui c'est qui souffle là derrière ?
F : : C'est une directrice qui souffle derrière. Vous l'entendez aussi ?
S : Evidement
F : (Rire)
S : Vous êtes sur Paris ?
F : Oui, quatorzième
S : S'il n'y a, s'il n'y a pas d'enfant dans l'appartement
F : Mmh ?
S : Vous allez avoir de gros problèmes
F : Non, y a, dans son berceau
S : C'est pour vous, moi je vous préviens
F : Oui oui, y a pas de problème
S : Honnêtement, moi je m'en fous, c'est pas moi qui aurais une amende à payer

F : Pourquoi, des problèmes ?
S : Si vous nous demandez du secours parce que votre porte a claqué

F : Non non, vous en faites pas y a bien un enfant là dedans, je l'ai pas imaginé
S : D'accord, mais si y a pas d'enfant dedans vous aurez des problèmes
F : OK
S : Vous allez nous attendre en bas ?
F : OK à tout à l'heure
S : Dans cinq minutes
F : Mmh, bye
S : Au revoir

Appel n°9 agression France télécom

S : Les pompiers bonjour

F : Oui bonjour c'est l'agence France-Télécom, de Paris XXX, on a un problème avec une personne qui a été frappée par, par, euh, sur la ligne, qui est dans l'agence, qui est vraiment pas bien du tout, elle a elle a pris un coup

S : C'est quoi votre adresse
F : Au visage
S : Pardon ?
F : C'est coupé. Donc seizième donc,
S : A l'agence France-Télécom, hein ?
F : Ouais agence France-Télécom ouais, il faut surtout qu'elle soit calmée, parce que
S : Y a un étage dans l'agence ?
F : Euh oui, oui, vous passez directement à l'agence, de toute façon elle va, elle va patienter là, hein, on va la, on va, on est avec elle, on patiente avec elle

S : Vous êtes au rez-de-chaussée
F : Ouais on est au rez-de-chaussée
S : On arrive
F : D'accord
S : Au revoir
F : OK au revoir

Appel n°10 épilepsie au siège

S : Pompiers bonjour

H : Oui, monsieur bonjour, une collaboratrice de la société vient de faire une périte épileptique elle vient de faire, une crise à l'instant, ce sont des crises assez violentes nous sommes au X place XXX, dans le secteur Bercy expo Paris douzième

S : Elle a des médicaments sur elle ?

H : Euh pas que je sache, on va regarder dans son sac, mais euh, je n'en suis pas certain, enfin là il y avait donc une absence violente, euh, évidemment contraction des mâchoires

S : Et c'est la société ?

H : XXX, mon service se situe au troisième étage, je fais prévenir notre hôtesse d'accueil qu'on vous laisse un libre accès rapide bien sûr

S : Très bien nous sommes en route
H : Entendu, donc au X place XXX, merci
S : Au revoir
H : Au revoir

Appel n°11 accident de voiture au bois

S : Pompiers bonjour

H : Oui bonjour vite il y a euh un accident vraiment très très très grave, là, au au bois de XX à Clichy sous bois, où on est où, en direction de XX, vous savez où, le bois là, où y a un petit parking un peu plus loin et y a des tra', un truc de travaux, euh…
S : Vous connaissez pas l'adresse le nom des la rue monsieur ?
H : Non .
H : (en aparté :) c'est quelle adresse ici ?
Ah bon…
H : (au stationnaire) 255 route de Belfort,
S : Pardon ?
H : 255 route de Belfort, numéro 255
S : De Belfort?
H : Oui, je sais pas ce qu'il m'a raconté**,** euh. C'est dans le bois de Meunière

S : …

S : Qu'est ce que vous appelez un accident grave ?

H : Ben très grave y a deux voitures qui sont complètement dans le bois, dans le fossé et une femme qui est coincée et et puis la voiture elle brûle

S : Coincée, elle peut pas sortir ? ou coincée, elle…
H : Non non ! elle peut pas sortir du tout
S : Il y a deux voitures dans le fossé ?
H : Oui, apparemment on libère une dame là, c'est la seule dame qui, ah ben, on est en ligne avec vous là, donc c'est bon

S : Non mais, non mais vous êtes en ligne avec moi, là, donc vous restez en ligne

H : Oui

S : La dame qui était dans le véhicule, elle est toujours dans le véhicule ?
H : Oui elle y est encore oui
S : Bon on arrive hein, on arrive, monsieur au revoir

Appel n°12 photo canular

S : Pompiers bonjour

F : Euh XX allée, euh oui, monsieur ? Euh, j'ai vu une maison en feu, je sais pas mais j'ai vu de la fumée sortir au XX allée non c'est, c'est, attend, attendez monsieur parce que là je suis à côté

C'est dans allée XXXX

S : Tu lèves la tête que je te prenne en photo dans la cabine téléphonique

(L'enfant raccroche précipitamment)

Voix d'enfant, truc pour repérer le canular, prétendre qu'il y a une camera dans la cabine

Appel n°13 chat perché 1

S : Pompier bonjour

F : Oui bonjour monsieur, voilà je suis euh dans une rue là sur Noisy-le-Grand et il y a un chat qui est grimpé dans un arbre depuis cet après-midi et apparemment il a beaucoup de difficulté à redescendre, il tremble de tous ses membres, est-ce que y a possibilité d'avoir une intervention ?

S : Ah on n'intervient pas pour ce genre de chose madame, il va redescendre tout seul l'animal
F : Vous croyez ?
S : Tout à fait
F : Oui, vous êtes sûr il va pas tomber après euh parce que là il est complètement tétanisé hein !
S : Il faut le laisser tranquille madame
F : Oui, vous croyez ?
S : Oui une fois que vous l'aurez laissé tranquille il en aura marre il redescendra
F : Ah je suis pas sûre de ça mais enfin bon, si vous le dites…écoutez, moi
S : On a un petit peu l'habitude hein
F : Oui, bon ben écoutez, vu ce que vous, parce que là il tremble de tous ses membres il a il est
S : Oui mais
F : Il est vraiment, il a les voitures là pas très loin en plus qu'il entend et moi vraiment je ne sais pas, pauvre petit père là,

S : Vous inquiétez pas il va redescendre madame
F : Très bien ben écoutez je vous remercie beaucoup, hein
S : Je vous en prie
F : Au revoir

Appel n°14 chat perché 2

S : Oui les pompiers

Jf :Bonjour, oui on vous a déjà téléphoné

S : Pour

Jf : Pour euh on a vu un chat ce matin

S : Un quoi ?

Jf : Coincé sur un arbre et on… depuis ce matin il est là et il y a beaucoup de monde et, on vous a déjà téléphoné et vous avez dit que vous vous déplacerez pas pour ça, mais vous faites, vous faites votre métier, alors vous venez, hein !

S : Oui mais, j'ai déjà euh une dame tout à l'heure

Jf : Oui

S : A qui j'ai expliqué que l'animal, il fallait le laisser tranquille

Jf : Mais il ne peut PAS descendre, l'animal, il a il est accroché aux branches !

S : Mais vous inquiétez pas, il va redescendre l'animal, hein

Jf : Mais ! Mais non, il va pas redescendre, il est là depuis ce matin il aurait… Il serait déjà tombé hein, il serait déjà descendu, hein !

Autre Jf (Ajf): Madame ?
Première Jf : Non c'est

AJf : Monsieur ?

S : Oui

AJf : Euh non mais depuis le, euh, depuis ce matin le chat il est coincé entre les branches

S : Oui

AJf : Hein ?

S : Je Sais

AJf : Oui, il peut pas se il peut pas se, il peut pas se débloquer, et depuis ce matin, hein

S : Oui

AJf : Et je sais pas, il faudrait le débloquer, je sais pas moi, sinon il va mourir, hein

S : Non, vous inquiétez pas un chat ça meurt pas comme ça

AJf : Mais il est bloqué je sais pas il si il tombe il tombe euh…

S : Bon, alors

AJf : Il tombe pile au rez là, à la raie

S : Je vais le redire, je vais répéter, on n'intervient pas pour ce genre de chose, l'animal vous le laisser tranquille, d'accord ? Et je vais vous laisser parce que j'ai des appels un petit peu plus urgents en attente

AJf : Faites votre métier putain !

S : Allez, au revoir

Appel n°15 ex-mari

S : Les pompiers :

H : Oui, les pompiers ?

S : Oui

H : Bonjour monsieur, je suis monsieur XX , je demeure à Saint Maur et j'ai mon ex épouse qui habite au XX rue XX

S : Oui

H : Au rez-de-chaussée

S : Oui

H : Je sors à l'instant de, enfin je sors non, je j'étais au XX rue XX j'ai récupéré ma fille, XA, qui a quinze ans, et elle est actuellement avec l'autre fille XB, dont elle a la garde, qui a onze ans. Je vous appelle parce que elle est allée dire à XA et XB, donc mes deux filles en larmes, elles sont pas là, mais tout ça, qu'elle allait se suicider, donc je viens d'essayer de raisonner mes enfants en leur disant que c'était pas à eux de gérer la situation, et à une de rentrer, XA la gamine de quinze ans, elle est rentrée avec sa sœur qui elle est restée dans l'appartement, et elle l'a trouvée complètement molle alors j'ai peur qu'elle ait pris des cachets, parce qu'elle leur a dit qu'elle allait prendre des cachets. Je voudrais, elle est seule avec ma fille de onze ans

S : Alors, quelle adresse, monsieur

H : XX rue XX, quel est le code, XA ?

S : Attendez attendez j'ai pas noté, XX rue XX sur Saint Maur, hein ?

H : Non non, paris 17e excusez moi, j'habite à Saint Maur, nous sommes divorcés hein.

S : D'accord, donc XX rue XX dans le 17e

H : Paris 17e, le code c'est

S : Passez-moi la jeune fille, là

H : Oui je vous passe ma fille

S : Elle est rentrée dans l'appartement ?

H : Voilà je vous passe ma fille
F : Allô

S : Oui mademoiselle

F : Euh bonjour

S : Bonjour

S : Votre maman respire ou pas ?

F : Pardon ! ?

S : Oui, votre maman

F : Oui

S : Elle respire ou pas ?

F : Euh, ben, je sais pas moi j'ai c'est pas moi, enfin, c'est pas moi qui qui suis allée la voir c'est ma sœur

S : Ah d'accord

F : Comme je me suis engueulée avec elle

S : C'est la plus petite qui a été voir, euh…

F : Voilà

S : D'accord

F : Voilà et elle

S : Quel est le code d'accès ?

F : XX X XX

S : D'accord

F : Mais là elle y a elle a elle a dit plusieurs fois qu'elle voulais s suicider

S : Très bien, ben, on

F : Et là elle est en train de dormir, donc

S : On va

F : Je sais pas du tout si elle en est

S : On va venir hein, et le nom de la dame c'est comment ?

F : Euh madame euh XCV, mais elle a quand même, elle a gardé ce nom

S : Ca s'écrit comment

F : Euh X C V

S : Très bien

F : XM (prénom)

S : Ben les pompiers arrivent hein

F : Merci

S : Vous me repassez votre papa

F : Quittez pas quittez pas, merci

H : Allô ?

S : Oui

H : Oui, je voulais juste vous dire quand même qu'elle a déjà, elle a elle a

S : Vous êtes sur place, monsieur, là ?

H : Non non je suis reparti je suis à la porte de la à la place de la concorde,

S : Oui

H : Et bon, pourquoi je suis reparti, parce que je ne, je ne voulais absolument pas que XA quinze ans, déjà, reste avec elle dans cette histoire de… Elle est sujet à des, a des problèmes psy énormes

S : Bon, et

H : En plus de ça bon je viens d'apprendre

S : Et la petite là, elle est où la petite, elle est avec elle ?

H : Elle est, elle est avec elle

S : Elle est sur place ?

H : Elle est sur place

S : Alors vous app'

H : Oui ?

S : Vous appelez chez elle là

H : Oui

S : Vous appelez donc chez votre ex

H : Oui

S : Et vous lui dites que les pompiers arrivent, hein, vous dites à votre

H : J'avertis ma fille, d'accord

S : Vous avertissez votre fille que les pompiers arrivent

H : Je peux vous laisser mes coordonnées ?

S : Je les ai monsieur

H : Ah très bien, donc je suis monsieur X C V et je voulais vous dire quand même aussi, euh, en dehors du problème psy qu'elle a, euh, qu'elle sombre dans, elle est alcoolique c'est ce que vient de me dire ma fille et donc elle est sujet à je sais pas si elle est… si elle a bu si elle a bu, si elle a pris :

S : On verra ça tout sur p’

H : Si elle a bu

S : On verra ça sur place monsieur

H : (En aparté) Elle a bu, déjà ? Ah bon

H : (eu stationnaire) elle me dit qu’elle a déjà bu

S : Monsieur. Il serait bien que vous retourniez sur place quand même hein ? Pour parce qu’

H : Ah non non non, non non, je veux surtout pas lui montrer que je joue son jeu ça il n’en est pas question

S : Non mais, c’est pas pour ça, c’est parce que nous on va prendre en charge votre, votre épouse et je suppose que votre fille de onze ans a besoin d’avoir un

H : Ah très bien

S : A besoin d’avoir un adulte près d’elle

H : D’accord je récupère ma fille alors. J’y retourne

S : Voilà. Au revoir

H : Merci

Temps : 3 : 45

Appel n°16 : ma sœur s’est ouvert le front

S : Pompiers bonjour

F : Ma sœur elle est tombée elle s’est ouvert un peu la tête

S : Elle a quel âge ta sœur ?

F : Elle a un an et demi (voix tremblante, jeune fille)

S : Un an et demi, d’accord. Elle est, elle est tombée comment ?

F : Et ben elle était à côté de elle était debout à côté de, de la douche et elle est tombée sur le rebord

S : De la douche

F : Oui

S : On va venir la voir

F : D’accord

S : Attend, raccroche pas, tu vas me donner ton adresse

F : D’accord,

F : (En aparté en pleurant) chut, bébé pleure pas

(On entend le bébé hurler et pleurer derrière)

S : Allez, vas-y donne-moi ton adresse

F : XX boulevard XX

S : C’est à Paris ?

F : Oui, Paris 20e

S : Et elle est où ta maman là ?

F : Ben, là elle est allée faire des courses.

S : Elle est allée faire des courses

F : Ouais, mais loin, elle va pas rentrer avant sept heures (il est cinq heures trente)

S : Alors

F : (en aparté, en larme) Bébé, touche pas

S : Pleure pas, pleure pas toi aussi

F : Je peux pas

S : Sinon on va pas y arriver. C’est à quel étage ?

F : Euh c’est au quatrième

S : Quatrième étage ?

F : Euh vous sonnez au euh à XA je crois…

S : Pourquoi tu crois ?

F : Parce que notre étiquette elle a été enlevée

S : XA ça s’écrit, X A

F : X A BCE, euh BCD, XAB, euh, je sais plus

S : D’accord, bon sinon ton nom c’est, ton nom

F : XOO, XOO, X. O. O.

S : D’accord. Et elle saigne d’où ta sœur là ?

F : De la tête

S : Oui mais où ?

F : Euh…

S : Devant, derrière ?

F : Non plutôt devant, devant ben sur le front

S : Sur le front

F : Oui

S : C’est bien ouvert ?

F : Ben, oui quand même

S : D’accord bon tu vas prendre un, ce que tu vas faire là,

F : Oui

S : Tu va s prendre un gant

F : Oui

S : Propre

F : Oui

S : Et puis tu vas le mouiller un petit peu

F : D’accord

S : Et tu vas lui poser, sur la plaie, d’accord ?

F : D’accord

S : Et tu mets rien d’autre

F : D’accord

S : Tu nettoies un petit peu,

F : D’accord

S : Les pompiers arrivent

F : D’accord

S : Mais tu nettoies avec de l’eau, hein ?

F : Oui oui

S : Les pompiers arrivent

F : D’accord

S : Voilà

Appel n°17 : ouvrir la porte sans enfant (tiers et alibis)

S : Oui, les pompiers

G : Allô bonjour (voix jeune)

S : Bonjour

G : Euh euh euh je suis resté dehors là, chez moi euh la clef elle est resté à l’intérieur de ma maison et on a pas la clef…

S : Mmm et j’ai déjà eu ton papa je crois hein je lui ai dit qu’on intervenait pas pour ça

G : Et pourquoi ?

S : Parce que on intervient pas pour ça, faut appeler un serrurier, c’est pas le travail des pompiers, c’est le travail d’un serrurier

G : … euh et et mon petit frère c’est, il va faire quoi, il est tout seul à l’intérieur

S : Ah, ton petit frère est à l’intérieur maintenant ? Et il a quel âge ton petit frère ?

G : Il a deux ans

S : Deux ans et qu’est ce qui fait tout seul à l’intérieur de l’immeuble ? A l’intérieur de l’appartement ?

G : Il dort

S : Il dort ? Bon alors tu vas expliquer à ton papa que je vais lui envoyer les pompiers

G : Oui

S : Et si y a personne à l’intérieur de l’appartement, il a une amende de sept mille francs, alors il me dit tout de suite si ton petit frère il est à l’intérieur ou pas.

H : Vous voulez pas m'ouvrir la porte ? !

S : Pardon ?

H : C'est que, vous voulez pas nous ouvrir la porte ?

S : Alors, y a un enfant à l'intérieur ou pas ?

H : Y a pas d'enfant

S : Bon alors on n'intervient pas pour ça. Au revoir

Appel n° 18 : le feu de cheminée

S : Pompiers j'écoute

F : Oui monsieur dépêchez vous j'ai le feu chez moi, monsieur !

S : (à un autre stationnaire) c'est un retour d'amorce

S : (à la femme) et qu'est ce qui brûle ?

F : Ouais la cheminée elle prend feu tout en haut du toit

S : Quelle adresse ?

F : Dépêchez vous s'il vous plaît !

S : Adresse !

F : Ah adresse c'est X avenue XY, à Villepinte

S : Vous m'appelez d'où là ?

F : De Villepinte, de chez moi

S : Votre numéro de téléphone !

F : Le euh XX XX XX XX

S : Une seconde

F : Hein !

S : Qu'est ce qui brûle

F : La cheminée en haut ! Sur le toit !

S : Un pavillon ?

F : Oui

S : Vous avez éteint la cheminée ?

F : Non non je euh on peut même pas éteindre **je sais pas qu'est ce que je dois faire**

S : Est ce que dans l'âtre de la cheminée y a du bois ?

F : Y a du bois oui

S : Vous éteignez dans un premier temps

F : Hein ?

S : Vous éteignez le feu qu'il y a dans la cheminée

F : Comment je vais faire ? !

S : Avec un seau d'eau !

F : Un seau d'eau prend un seau d'eau renverse là. On on a éteint là

S : Voilà. On arrive.

F : d'accord dépêchez v…

(Il a raccroché : ton énervé agressif du stat, ton strident affolé de la femme)

Appel n°19 : nourrisson qui pleure

S : Pompiers bonjour

F : Oui allô bonsoir monsieur c'est pour un renseignement, s'il vous plaît : j'essaye de contacter le SAMU pour avoir un médecin mais, euh, impossible d'avoir un médecin, parce que mon fils c'est un petit nourrisson de deux mois et demi, donc ça fait presque une heure qu'il pleure. Il transpire beaucoup et, euh, il se calme pas quoi. J'ai pris sa température

S : Vous lui avez pris une température ?

F : Ouais

S : Combien ?

F : Trente six neuf

S : c'est quoi comme temp'. C'est quoi comme thermomètre ?

F : Euh thermomètre électrique

S : Bon d'accord, et ça marque trente… trente sept ?

F : Ouais

S : Trente six neuf trente sept ?Et il pleure, quel âge quel âge il a ?

F : Euh deux mois et demi, c'est un petit nourrisson, d'habitude il est très très calme il pleure pas mais là ça, il, ses pleurs, ça fait une heure que ça dure quoi, il transpire beaucoup

S : Vous l'avez découvert ?

F : Comment ?

S : Vous l'avez découvert ?

F : Non, mais il a rien sur lui là, il a un body et un petit pantalon court, quoi

S : Il a pas les joues rouges ?

F : Les yeux rouges ?

S : Les joues rouges !

F : Non non, mais quand il pleurait, il était tout rouge. Allô !

S : oui !

F : Bon y pas longtemps qu'il était hospitalisé parce qu'il avait une grosse colique

S : Ouais

F : Une gastro et, euh, depuis, bon ça va beaucoup mieux mais là, euh, je sais pas, son état, euh, ça m'inquiète quoi. C'est un bébé très calme

S : Vous l'avez sorti un peu non ?

F : Comment !

S : Vous l’avez sorti ?

F : Euh oui il est sorti aujourd’hui dehors ?

S : Il est sorti ce matin, il est sorti pour une heure une heure et demie

F : C’était suite au réveil ?

S : Pardon

F : C’était suite à son réveil ?

S : Inaudible

F : Quoi ? J’ai pas compris

S : Une heure et demie je veux dire

F : Non mais le fait qu’il se mette à pleurer, c’était suite à son réveil ?

S : c’était suite au réveil, dès qu’il a fini son biberon, depuis cinq heures moins cinq, c’est comme ça que ça dure hein (on entend le bébé pleurer derrière). Son dernier biberon, il était à cinq heures moins cinq, depuis cinq heures moins cinq ça dure

F : Vous habitez sur Paris ?

S : Comment ?

F : Vous logez sur Paris ?

S : Non, je suis dans un hôtel en accueil d’urgence

F : C’est quoi l’adresse ?

S : …

F : Donnez moi l’adresse.

S : C’est XX rue de XX

F : A Paris,

S : Hôtel XX , c’est à Clichy

F : Clichy sous bois, Clichy sur Seine Clichy la Garenne ?

S : Clichy, euh, on est ou ici

F : Quel département ?

S : Euh, Clichy la Garenne, XX avenue XX

F : Dans un hôtel ?

S : Oui dans un hôtel

F : Quelle chambre

S : Pardon !

F : Quelle chambre

S : Quelle chambre ? Chambre XXX

F : XXX ?

S : Oui deuxième étage

F : Pardon ?

S : Bon on va arriver hein

F : D'accord, je vous attends merci

Appel n°20 : client malade de la pharmacie

S : Les pompiers

F : Oui bonsoir monsieur, pharmacie XX sur la place XX à Colombes, je vous appelle parce que voilà on a, on a un client qui respire très très mal, qui est asthmatique, qui fait des dyspnées, il on entend qu'il est très très encombré il doit avoir beaucoup de mucus sur les bronches, bon il est sous ventoline, sérétide, tout le tralala il en a pris, quand même, ça a pas

S : d'accord !Place

F : Voilà

S : Place XXXX ?

F : Place XXXX à colombes

S : Dans la pharmacie

F : Non, il sera devant parce qu'on va fermer nous, donc en fait il est avec un ami, son ami, il voulait l'emmener à l'hôpital, mais lui il se laisse pas faire il veut pas y aller donc les si vous venez et que vous l'emmenez de force il pourra rien dire, il faut vraiment qu'il aille aux urgences, quoi

S : Et vous n'allez pas le, le temps qu'on arrive vous n'allez pas le laisser au chaud. Vous allez le mettre dehors

F : Ben, non non, nous on ferme dans dix minutes, mais, euh, vous mettez combien de temps, dix minutes ?

S : Ben moins que ça d'habitude

F : Bon ben voilà donc on sera encore ouvert

S : D'accord

F : Voilà au revoir monsieur

S : C'est ça

Appel n° 21 détresse respiratoire à distance

S : Pompier j'écoute

D : Oui bonjour monsieur, je vous appelle là parce que je viens de recevoir un coup de téléphone de de de de d'une personne proche de la famille qui est toute seule actuellement à la maison et qui a euh quelque chose au point de vue bronche, ou respiratoire, et qui me dit qu'elle est en train d'étouffer, et je voudrais, est-ce que c'est possible que vous alliez la, la secourir ?

S : Et cette personne, elle vous a parlé, quand même, au téléphone

D : Oui, elle m'a parlé, oui

S : A quelle adresse est-elle ?

D : Alors XX rue XX

S : XX rue ?

D : XX rue XX, le code c'est XCVBN

S : A paris ?

D : A paris oui non mais moi je suis dans le treizième je suis pas à dans chez cette personne

S : l'adresse de la personne ?

D : Alors XX rue XX

S : c'est qui ?

D : Chez monsieur XC, X. C.

S : Rue XX XX

D : Oui oui non excusez moi, rue XX

S : C'est à quel étage ?

D : Euh c'est au quatrième

S : Y a un code d'accès ?

D : Oui il y a un code d'accès, c'est le XCVBNXX A comme Armand, B comme Bernard trois, comme… deux plus un

S : Et elle s'appelle comment, cette personne ?

D : XXXX, X.X.

S : XX hein ?

D : Oui, XX comme un XX

S : Comme un XX oui

D : Voilà, et alors cette personne qui est déjà allée à l'hôpital y a pas longtemps à cause de ça, on l'avait mise sous oxygène.

S : Oui

D : Mais là il m'appelle en détresse et moi je peux pas bouger ce soir parce que j'ai mes enfants et mon mari n'est pas là

S : Il a quand même pu vous appeler

D : Oui, il a quand même pu m'appeler, mais je crois qu'il a vraiment du mal à respirer

S : Bon on arrive madame, hein ?

D : Bon ben écoutez vous le trouverez seuls hein parce que moi je suis pas sur place hein

S : Très bien, au revoir madame

D : Au rev…

(Il a raccroché)

Appel n°22 l'insulte

S : Pompiers j'écoute… allô

G : Allô (voix très jeune, très haut perché)

S : Les pompiers

G : C’est, pourquoi y a beaucoup de bruits ?

S : Parce que

G : Va t’faire enculer va sale bâtard

S : Ah ! T’as été à l’école toi !

Appel n°23 faux feu à Colombes

S : Pompier j’écoute

G : (En aparté) Vous êtes pas obligés d’écouter

G :(au stationnaire) Y a le feu au XX rue XX dans les poubelles

S : Y a le feu où ?

G : Au XX rue XX

S : Et euh, dans quelle commune ça ?

G : 92 Colombes

S : Vous appelez d’où là ?

G : De chez moi

S : De chez vous, et c’est quoi votre numéro ?

G : XXXX

S : Oui, allô

G : Allô ?

S : Votre numéro de téléphone ?

G : XXXXXXXX

S : Oui ben quand vous connaîtrez votre numéro de téléphone vous rappellerez

(Il raccroche : Le numéro donné n’était pas celui du mouchard)

Appel n°24 : msn

S : Allô bonjour

Jh : Allô bonjour euh je suis au j’habite au XX rue XX et là on a un bébé qui bouge plus, on sait pas ce qu’il a

S : Il respire ?

Jh : Euh, en fait je sais pas du tout

S : Ben faut regarder, c’est quelle ville ?

Jh : c’est Meudon la Forêt

S : Est-ce qu’il respire, l’enfant ?

Jh : Il respire pas

S : Il respire pas ?

Jh : Il respire pas, il bouge pas, y a rien

S : Il est chaud, il est froid ?

Jh : (En aparté) Il est chaud, il est froid ?… attends

S : Il a quel âge l'enfant, quel âge il a, l'enfant ?

Jh : Il a, il doit avoir deux, trois mois, même pas

S : C'est un pavillon ?

Jh : Non c'est euh dans un H.L.M.

S : c'est quel étage ?

Jh : Premier étage c'est le XXX

S : Et la maman, elle est où ?

Jh : Euh, la maman, elle est dans le salon

S : Et le bébé il respire pas, il est froid, c'est sûr hein ?

Jh : Ouais

S : Il y a un code pour entrer dans l'immeuble ?

Jh : Euh non non c'est euh vous sonnez au numéro XXX

S : Interphone XXX ?

Jh : Ouais c'est le XX rue XX

S : Ben les pompiers arrivent tout de suite

Jh : D'accord

(Voix blanche, atone de l'appelant)

MSN diagnostiquée par le stat, passé à la régulation médicale, confirmée

Appel n°25 : msn 2
(Pris en régulation médicale sur le suivi du nourrisson)

Med : Allô, oui docteur XX bonjour

Ser : Oui bonjour docteur c'est le sergent XX PE Petit Clamart

Med : Oui

Ser : J'ai un bébé de deux mois en arrêt cardio

Med : D'accord, alors on a fait partir sur le SAMU au départ des secours, hein

Ser : OK d'accord

Med : Le contexte c'est quoi là ?

Ser : Ben euh, apparemment il dormait, ils l'ont laissé tout seul dans une chambre

Med : Parce que la famille avait l'air un peu inerte sur l'appel

Ser : Oui, tout-à-fait, tout-à-fait, hein

Med : D'accord

Ser : Tout-à-fait ça

Med : Bon d'accord, OK, on a fait partir le SAMU au départ des secours hein

Ser : OK, on attend

Med : Voilà, au revoir

Ser : Merci

Appel n°25 : le gaz

S : Les pompiers

D : c'est la gardienne, rue XX à Neuilly sur Seine,

S : Rue XX

D : Oui, et j'ai une odeur très forte dans mon garage, je pense que c'est le gaz

S : Vous pensez que c'est le gaz ?

D : Oui parce que ça sent très très fort même chez moi dans la loge parce que ça correspond, avec le garage, ça sent très fort

S : A Neuilly sur Seine ?

D : Oui, est-ce que quelqu'un pouvait passer au moins pour vérifier ?

S : Oui

D : C'est gentil merci

S : Et c'est au, vous êtes au rez-de-chaussée ?

D : Oui oui, au rez-de-chaussée monsieur

S : On voit avec vous ?

D : Comment ?

S : Y a un code d'accès pour rentrer chez vous ?

D : Non non, la porte il n'y a pas de code

S : Bon ben, vous nous attendez, on arrive

D : D'accord, c'est très gentil, merci

S : N'allumez aucune lumière, hein !

D : D'accord, non non, pas de lumière hein, merci

S : Au revoir

Appel n°26 : blague

S : Les pompiers

G : Bonjour gros cul

S : J'appelle, je rappelle tes parents ce soir, pas de chance

(L'enfant raccroche)

Appel n°27 : coincé sur les waters

S : Les pompiers, allô

D : Voix chevrotante et aiguë : allô ?

S : Singeant la voix : ouiii

D : Les pompiers ?

S : Ouiii

D : Alors c'est madame XX encore on habite XX rue XX, mon mari s'est installé dans les waters s'il peut plus s'en aller

S : AaaH :

D : Il faut le remettre dans son lit

S : Xy rue Xy hein ?

D : Alors c'est XX rue XX

S : C'est quelle commune ?

D : Comment ?

S : Quelle commune ?A paris ?

D : 75010, oui c'est tout à côté de chez vous

S : Ben oui, hein

D : XX rue XX

S : Oui euh votre appartement est ouvert ?

D : Quatrième droite, alors le code : XXX XX

S : XXXXX hein, chez monsieur, madame,

D : Madame XX comme une vraie XX avec deux x

S : Madame XX

D : Oui, c'est pas la première fois que vous venez !

S : Ah ben non !

D : Et il est installé dans les waters il peut plus, je peux plus l'enlever

S : Ben c'est ouvert chez vous, hein ?

D : Comment ?

S : Il est blessé votre mari ?

D : Non il est pas blessé, mais il bouge pas hein, il, peut plus se lever

S : Bon ben on arrive

D : Oui

S : On arrive madame

Appel n°28 : coincés dans le monte charge

S : Les pompiers

G : Oui s'il vous plaît on est coincé dans le monte charge, l'ascenseur, on a appelé la société mais ils viennent plus donc comme ma mère elle est malade là, elle a peur tout ça

S : Elle est quoi ?

G : Y a ma mère et une personne âgée et ma mère et elle sont malades et elles ont peur et depuis tout à l'heure donc je préfère vous appeler parce qu'on a appelé la société c'est marqué un numéro ici, mais il est parti de Puteau, il vient de partir maintenant

S : Ben faut que vous attendiez monsieur encore hein

G : Vous pouvez rien faire, non ?

S : Ben c'est à la société de dépanner hein

(L'appelant raccroche)

Appels enregistrés durant la nuit du samedi 20 02 au dimanche 21 02

Appel n°29 : «le nucléaire de mon appartement »

S : Pompiers

H : Allô, euh caserne des sapeurs pompiers du dix huitième ?

S : Oui

H : Du dix huitième arrondissement, monsieur bonsoir excusez moi de vous avoir euh dérangé, je vous appelais euh donc parce que j'habite au X passage XX

S : Oui

H : Et euh j'ai… il y a quelque chose de très très bizarre qui se passe dans mon appartement j'ai des sensations très étranges et et euh, donc c'est le passé on dirait quelque chose de vraiment très très, c'est, ça me donne des, des vertiges, des , j'ai un ongle, un bout d'ongle incarné qui est vert, donc on dirait que la chair pourrit, donc c'est vraiment très bizarre

S : Ouais mais bon, ça vous est pas venu du jour au lendemain, votre truc ?

H : Comment ?

S : C'est pas du jour au lendemain que vous l'avez, euh, votre truc ?

H : Ah non ça vient de se passer en rentrant

S : Vous allez pas, enfin vous vous ferez demain ausculter par un médecin, hein, euh, on va pas faire déplacer les pompiers pour ça.

H : …

S : Vous consultez demain un médecin si vous avez un problème au pied. C'est au pied ou à la main ?

H : Non non, mais, c'est pas pour ça, surtout, que je vous appelais, c'était un des symptômes du fait de ce qui s'est.. de ce qui se passe dans mon appartement

S : Ben qu’est ce qui se passe dans votre appartement ?

H : Seigneur, mon dieu, je te prie, vraiment, d’enlever tout ce nucléaire qu’il y a dans mon appartement, mon seigneur et mon dieu, DANS LE NOM DU SEIGNEUR JESUS CHRIST JE TE PRIE DE FAIRE QUE CES POMPIERS VEUILLENT BIEN VENIR ENLEVER LE nucléaire, qu’il y a dans mon appartement, seigneur, mon dieu, dans le nom du nucléaire, enlève ce nucléaire, mon seigneur et mon dieu

S : Voilà, maintenant on va aller se coucher hein, on va aller se reposer un peu puis demain, il fera jour, hein, d’accord ? Et puis demain, vous consultez pour votre doigt, au revoir

H : Mon seigneur et mon dieu…

S : Le pompier raccroche

Appel n°30 : l’automobiliste et la dame accroupie

S : Les pompiers

H : Bonjour, monsieur, je vous téléphone au cas où, je suis un automobiliste, j’étais porte de Bagnolet sur les maréchaux et à première vue, il y avait une femme d’une certaine classe , un manteau noir, des lunettes et elle était accroupie au pied du feu

S : Au pied du feu ?

H : Au pied du feu rouge, elle était accroupie

S : Qu’est ce qu’elle faisait ?

H : Ah, je sais pas monsieur, je me permets de téléphoner parce que ça me semblait anormal

S : Pourquoi ça vous semblait anormal ?

H : Pourquoi ? ! Je sais pas une dame en plein dans la, sur les, sur les clous entre deux feux ça me paraît un peu anormal

S : Et vous êtes où actuellement vous ?

H : Et ben moi j’ai continué ma route parce que je m’en suis aperçu, puis j’ai continué à rouler, alors tout de suite, je saisis mon téléphone pour me permettre de vous le dire ! Cher monsieur.

S : O.K. monsieur on s’en occupe

H : Je vous remercie grandement monsieur

S : Au revoir, monsieur

H : Au revoir

(Le pompier n’a rien fait du tout)

Appel 31 : mari violent

S : Les pompiers

F : Oui bonsoir, euh, voilà, on a un petit problème euh avec mon mari qui est très violent, là, euh, je sais pas pourquoi, et euh bon, je sais pas trop quoi faire quoi hein…allô ?

S : Mais il vous frappe ?

F : Ben euh il a frappé ma fille puis là, il menace de nous faire passer une nuit, euh, une très mauvaise nuit donc, euh, je sais pas quoi faire

S : Vous allez faire le dix sept madame. Allô ?

F : Oui

S : Vous allez faire le dix sept

F : D'accord

S : La police

F : D'accord

S : Voilà au revoir

F : Merci au revoir

Appel 32 : le bédo du bois

H : Eh Jean Marie, euh, Le Pen

S : Allô ?

H : Allô, euh, excusez moi, eh j'aurais voulu savoir, euh, là, tu vois, là, on est boulevard Sucher, dans le seizième hein, là, on va arriver au XX, tu vois on est quatre on a du zep tu veux p'tet la description, tu vois ?

S : J'en n'ai rien à faire

H : Allô, moi je te dis on a du bédo, tu vois histoire de se serrer, faut venir. Bon alors, je t'explique, y a un gars qui est habillé en noir avec un pantalon genre beige assez large, maigre il fume un bédo là et tout la les les les il est châtain, les yeux bleus, à côté y a un rebeu, il est brun, il a une chaîne il a des lunettes noires, hein, et derrière il y a un gars il est, euh, blanc, un petit gros, tu sais (voix derrière : tu vois on dirait un gros porc) avec… blond, avec une veste Coats, noire et, euh, un pantalon blanc et des free book et moi je suis avec une, euh, un bombardier un bombardier un survet' Lacoste bleu et des, des, voilà voilà, alors ? Allô !

S : Ouais

H : Et là on arrive, euh, je sais pas si tu vois, le stade Sucher où on fait du foot et ben on arrive à l'… Allô ?

S : …Allô !

H : Allô ?

S : Fini ?

H : Allô allô

S : Allô !

H : Ouais

S : T'as fini de raconter ta vie ?

H : Non mais non mais je raconte pas ma vie mais je te dis simplement que voilà quoi on va foutre la merde, et, et si t'as pas envie qu'il y ai la merde ce soir, il faut venir nous serrer

S : Ça m'intéresse pas franchement, tu vois, tu fais ce que tu veux, hein

H : mais, je sais pas, tu sais là, j’ai un portable, tu vois, et puis j’aime bien écouter ta grosse merde, tu vois…

S : Je te remercie bonne soirée

Appel : n° 33 : police

S : Allô

H : Oui, allô

S : Oui

H : Euh je suis bien au commissariat ?

S : Non vous êtes chez les pompiers là

H : Ah, je m’excuse alors

S : Vous faites le dix sept pour la police madame. Au revoir

(On suit la conversation de la police : elle vient de se faire agresser au bois. Le pompier pense que ce sont les jeunes de l’appel 32)

Appel n° 34 : le bois de Boulogne / police

S : Les pompiers

H : Allô (vois chevrotante, comme déguisée) allô, y a quatre jeunes qui viennent de m’agresser je suis au bois de Boulogne

S : Y a quatre jeunes qui viennent de vous agresser sur le bois de Boulogne ?

H : Je suis au bois de Boulogne là

S : Qu’est ce qui vous ont qu’est ce qui vous ont fait ?

H : Ils viennent de me prendre mon sac, et ils m’ont touché

S : D’accord, quittez pas je vous passe la police

H : Merci

(Répondeur de la police)

S : Oui les pompiers c’est pour un appel 112

P : Oui quel est le numéro du

S : 06 99887744

P : D’accord merci

S : Je vous le passe

P : Salut

S : Vous parlez à la police

P : Oui allô

H : Allô, les poulets, les poulets ! ! ! !

P : Dis donc ducon t’as que ça à faire le samedi soir ?

H : C’est la police, les petits pédés

P : Les petits pédés les petits pédés, ben oui on est pédé et alors ?

H : T’aime ça les savonnettes hein ? C’est du bon bédo c’est du bon bédo

P : T’es représentant en

(Conversation coupée)

Appel canular pour être en relation avec la police, appel provenant de la même bande que l’appel 32

Appel n° 35 : ma fille est dangereuse

S : Les pompiers

D : Oui je viens de téléphoner plusieurs fois là, pour ma fille, XX place XX, madame XX

S : Oui qu’est ce que vous voulez madame XX

D : Je voudrais que vous veniez chercher ma fille

S : Qu’est ce qu’elle a votre fille ?

D : Elle est dangereuse

S : Ahahah bon, qu’est ce qu’elle fait ?

D : c’est très, mais j’ai peur parce qu’elle arrive

S : Mais qu’est ce que vous voulez qu’on fasse madame ?

D : Il faut la, l’emmener d’ici

S : Pour l’emmener où ?

D : A La’, à Sainte Anne

S : A Sainte Anne et ben il manquait plus que ça

D : ça fait la quatrième fois que je vous appelle depuis un an

S : Et ?

D : Depuis un an, la cinquième fois à peu près

S : Mais on peut rien faire madame nous

D : Si elle casse tout, elle, elle prend les couteaux et qu’elle menace de me tuer ou qu’elle va chez les voisins à poil, on peut rien faire ?

S : Chez les voisins comment ?

(La dame raccroche)

Appel n° 36 : Le gendarme

S : Les pompiers

H : Oui bonsoir c’est pour signaler qu’il y a un sdf qui est tombé de son banc il devait être allongé dessus sûrement et apparemment il a l’arcade bien ouverte et il sait plus trop où il est donc je pense qu’il a bu de l’alcool quand même y a sa bouteille à côté

S : Quelle adresse ?

H : Euh XX rue XX j'appelle d'une cabine là, ben la cabine qui est juste à côté je suis gendarme à la garde républicaine

S : (En aparté) Il aurait mieux fait de rester coucher le gendarme

H : Caserne Kléderman

S : Vous nous vous nous vous nous attendez à côté on arrive

H : d'accord très bien

S : Au revoir

Appel n°37 : Radio-France

S : Les pompiers

H : Bonjour monsieur, station radio France à paris il y a une personne qui vient de tomber par terre et je voudrais une ambulance s'il vous plaît rapidement allô ?Allô ?

S : Qu'est ce qu'elle a ?

H : Euh, il est, par elle est par terre elle est tombée

S : Et elle a mal quelque part ?

H : Non non elle répond plus

S : Elle répond plus. A quelle adresse ?

H : Elle est euh devant la maison radio France

S : Quelle adresse à radio France ?

H : Adresse euh, c'est quoi l'adresse ?

Quelqu'un d'autre : radio France au début de l'avenue de Versailles

H : au début de l'avenue de Versailles

S : Ne quittez pas

H : Oh, oh, allô ?

S : Oui

H : c'est au début de l'avenue de Versailles

S : Oui, c'est à Paris alors

H : Oui exactement oui

S : Quittez pas

H : A quelqu'un d'autre : porte de grenelle ?

S : Personne âgée ?

H : Pardon ?

S : Personne âgée ?

H : Non à peu près euh quarante cinq ans

S : A quelle adresse ? Vous êtes dans le seizième ?

H : Euh oui je suis devant la maison de radio France, euh, à côté de l'avenue de Versailles

S : c'est l'avenue du président Kennedi ?

H : Oui tout à fait oui, exactement, je suis au carrefour, là, en fait

S : Elle est sur le trottoir ?

H : Voilà, elle est sur le trottoir

S : On arrive

H : D'accord

Appel n°38 : le chien

S : Allô

H : Allô (la personne a un accent si fort qu'il est très difficile de la comprendre)

S : Allô

H : Bonsoir monsieur

S : Bonsoir

H : Je suis à XX

S : Comment ?

H : XX

S : XX ?

H : XX, avenue XX, XX

S : Qu'est ce qui se passe ?

H : Il y a (reste incompréhensible)

S : Vous parlez quelle langue ?

H : Français monsieur

S : Ah bon ? Français ?

H : Oui, un sien, vous connais pas, un sien ?

S : Ah ! il fait wouf wouf ? !

H : Oui, ici j'ai trouvé un chien ici au dans la rue il rentré par chez moi ! Depuis neuf heures je … ici…ce chien il est perdu son gardien…vous venez avec moi, ….moi est ce que comprends ?

S2 : Dis lui qu'il lève son pied il est en train de marcher sur sa langue

H : Pardon ?

S : Euh, je vous ai pas compris monsieur vous pouvez répéter ?

H : Quand j'ai venu à la maison, allô, quand j'ai rentré à la maison, j'ai trouvé un chien, dans la rue

S : Ah, vous avez trouvé un chien dans la rue

H : Voilà ! Un chien dans la rue, et il veut pas rentrer il, il est à côté de moi, il est rentré chez moi, il est venu avec moi je ne sais pas c'est à qui le chien

S : Vous êtes quoi ?

H : Allô ?

S : Allô. Nous on a perdu notre chien, est-ce qu'il s'appelle Boby le chien ?

H : Je ne sais pas il … loin…

S : Appelez le Bobby

H : Bobby ? Bobby ! bobby ! Non non non non

S : Il faut l'appeler plus fort par ce qu'il est un peu sourd

H : Non ça fait le chien juste à côté moi, monsieur

S : Oui mais appelez le « Bobby » plus fort

H : BOBBY ? BOBBY ? non rien….rien fait hein est ce que vous pouvez venir ou pas

S : Non monsieur

H : J'ai appelé, j'ai appelé le police mais police y répond pas je sais pas

S : C'est un mâle ou une femelle ?

H : Non je sais pas même pas deux heures même pas deux heures j'ai appelé

S : Allô

H : Tout à l'heure… à cause ce chien

S : Allô

H : A cause ce chien j'ai resté dehors
H : Allô

S : Oui excusez moi mais il s'appelle pas Bobby il s'appelle Jr

H : Pardon, pardon ?

S : Il faut faire appel à la SPA monsieur

H : Mais si il faut venir ici

S : Je vous dit il faut appeler la SPA

H : SPA ?

S : Pas la espia, la SPA

H : SPA, est ce que vous pouvez me donner un numéro de téléphone ?

S : Bien sûr quittez pas monsieur

H : D'accord

S : Z'avez de quoi noter ?

H : Oui

S : Alors le 01 43 80 40 66

H : 01

S : 43

H : 43

S : 80

H : 80

S : 40 66

H : 40 66 d'accord merci au revoir

ANNEXE 2 : EXTRAITS D'APPELS PASSES PAR UN TIERS

1.	Stationnaire (S) : Pompiers, bonjours Femme (F) : Oui, bonjours, euh, euh donc là **je suis sur mon lieu de travail j'ai une personne** qui est en train de faire un début de crise de spasmophilie, elle a les mains qui sont euh crispées **qu'est ce qu'on doit faire ?** Les mains enfin elle a les poings serrés
2.	Femme : Ouiii, bonjour, voilà, je suis assistante sociale, à Fortville et **nous avons une personne** qui est, qui fait un malaise là actuellement, **est-ce que vous pourriez la, venir pour l'emmener à l'hôpital**
3.	Les pompiers bonjour H :Oui les pompiers ? S : Oui H : Oui c'est la banque de X, de Puteaux S : Ou là, oui. H : Euh est ce que vous pouvez intervenir pour euh, un agent qui a un malaise ? S : quelle adresse ? H : Un malaise urgent et un malaise cardiaque S : Un malaise cardiaque. Vous êtes médecin ? H : Non je suis, pompier S : … H : Je suis pompier, si vous pouvez intervenir euuuh d'urgence parce que il se sent pas bien
4.	S : Pompiers bonjour H : Et ouais bonjour j'appelle pour euh y a une personne qui s'est euh évanouie là, qui est par terre là et je crois qu'il
5.	S : Pompiers bonjour F : Oui bonjour euh je suis la nounou d'un petit enfant de onze mois, qui est au 2 rue Saint-Vincent S : Oui F : Et la porte est fermée et mes clefs se retrouvent à l'intérieur pour l'instant elle dort depuis quatre heures moins cinq (sanglots contenus) en sortant pour les poubelles, elle est toute seule quoi, je pars chercher la grande, je suis déjà à son école à quelques pas de là-bas, **est ce qu'on peut se rencontrer là bas dans quelques minutes** ?
6.	S : Les pompiers bonjour F : Oui bonjour **c'est l'agence France-Télécom**, de Paris Diderot, **on a un problème avec une personne qui a été frappée** par, par euh, sur la ligne, qui est dans l'agence, qui est vraiment pas bien du tout, elle a elle a pris un coup
7.	S : Pompiers bonjour H : Oui, monsieur bonjour, **une collaboratrice de la société vient de faire une périte épileptique elle vient de faire, une crise à l'instant**, ce sont des crises assez violentes nous sommes au X place XXX, dans le secteur Bercy expo Paris douzième

8.	S : Pompiers bonjour H : Oui bonjour **vite il y a euh un accident vraiment très très très grave là** au au bois de XX à Clichy sous bois où on est où, en direction de XX vous savez où, le bois là, où y a un petit parking un peu plus loin et y a des tra', un truc de travaux euh : S : Vous connaissez pas l'adresse le nom des la rue monsieur ? H : Non
9.	S : Pompier bonjour F : Oui bonjour monsieur, voilà je suis euh dans une rue là sur Noisy-le-Grand et il y a un chat qui est grimpé dans un arbre depuis cet après-midi et apparemment il a beaucoup de difficulté à redescendre, **il tremble de tous ses membres**, **est-ce que y a possibilité d'avoir une intervention ?** S : Ah on intervient pas pour ce genre de chose madame, il va redescendre tout seul l'animal F : Vous croyez ?
10.	S : Les pompiers : H : Oui, les pompiers ? S : Oui H : Bonjour monsieur, je suis monsieur Setresse, je demeure à Saint Maur et j'ai mon ex épouse qui habite au 22 rue des voies du bois S : Oui H : Au rez-de-chaussée S : Oui H : Je sors à l'instant de, enfin je sors non, je j'étais au 22 rue des voies du bois j'ai récupéré ma fille, Alice, qui a quinze ans, et elle est actuellement avec l'autre euh fille Florence dont elle a la garde, qui a onze ans. **Je vous appelle parce que elle est allée dire à Alice et Florence, donc mes deux filles en larmes, elles sont pas là mais tout ça qu'elle allait se suicider,** donc je viens d'essayer de raisonner mes enfants en leur disant que c'était pas à eux de gérer la situation, et à une de rentrer, Alice la gamine de quinze ans elle est rentrée avec sa sœur qui elle est restée dans l'appartement, et elle l'a trouvée complètement molle alors j'ai peur qu'elle ait pris des cachets, parce qu'elle leur a dit qu'elle allait prendre des cachets je voudrais, elle est seule avec ma fille de onze ans : S : Alors, quelle adresse, monsieur
11.	S : Pompiers bonjour F : Ma sœur elle est tombée elle s'est ouvert un peu la tête
12.	G : Allô bonjour (voix jeune) S : Bonjour G : Euh euh euh je suis resté dehors là, chez moi euh la clef elle est resté à l'intérieur de ma maison et on a pas la clef :
13.	S : Pompiers j'écoute

	F : Oui monsieur dépêchez vous j'ai le feu chez moi, monsieur ! […] S : Vous avez éteint la cheminée ? F : Non non je euh on peut même pas éteindre je sais pas qu'est ce que je dois faire […] S : Vous éteignez dans un premier temps F : Hein ? S : Vous éteignez le feu qu'il y a dans la cheminée F : Comment je vais faire ? ! S : Avec un seau d'eau ! F : Un seau d'eau prend un seau d'eau renverse là. On on a éteint là […] dépêchez v'
14.	S : Pompiers bonjour F : Oui allô bonsoir monsieur **c'est pour un renseignement** s'il vous plaît j'essaye de contacter le SAMU pour avoir un médecin mais euh impossible d'avoir un médecin, **parce que mon fils c'est un petit nourrisson de deux mois et demi donc ça fait presque une heure qu'il pleure il transpire beaucoup et euh il se calme pas quoi**, j'ai pris sa température
15.	S : Pompier j'écoute D : Oui bonjour monsieur, **je vous appelle là parce** que je viens de recevoir un coup de téléphone de de de de d'une personne proche de la famille qui est toute seule actuellement à la maison et qui a euh **quelque chose au point de vue bronche, ou respiratoire, et qui me dit qu'elle est en train d'étouffer**, **et je voudrai, est-ce que c'est possible que vous alliez la, la secourir ?**
16.	S : Les pompiers D : c'est la gardienne rue de Clery à Neuilly sur Seine, S : Rue de Clery D : Oui, et j'ai une odeur très forte dans mon garage, je pense que c'est le gaz S : Vous pensez que c'est le gaz ? D : Oui **parce que** ça sent très très fort même chez moi dans la loge parce que ça correspond, avec le garage, ça sent très fort D : Oui est-ce que quelqu'un pouvait passer au moins pour vérifier S : Oui
17.	S : Les pompiers, allô D : Voix chevrotante et aiguë : allô ? S : Singeant la voix : ouiii D : Les pompiers ? S : Ouiii D : Alors c'est madame Mégère encore on habite 89 rue Hautefeuille, mon mari s'est installé dans les waters s'il peut plus s'en aller

	S : AaaH : D : **Il faut** le remettre dans son lit
18.	S : Les pompiers G : Oui s'il vous plaît on est coincé dans le monte charge, l'ascenseur, on a appelé la société mais ils viennent plus donc comme ma mère elle est malade là elle a peur tout ça S : Elle est quoi ? G : Y a ma mère et une personne âgée et ma mère et elles sont malades et elles ont peur et depuis tout à l'heure **donc je préfère vous appeler parce qu'on a appelé la société** c'est marqué un numéro ici, mais il est parti de Puteau, il vient de partir maintenant
19.	S : Les pompiers H : Bonjour monsieur je vous téléphone au cas où, je suis un automobiliste j'étais porte de Bagnolet sur les maréchaux et à première vue il y avait une femme d'une certaine classe un manteau noir, des lunettes et elle était accroupie au pied du feu
20.	S : Les pompiers F : Oui bonsoir euh voilà **on a un petit problème** euh avec mon mari qui est très violent là euh je sais pas pourquoi, et euh bon **je sais pas trop quoi faire quoi hein…allô ?**
21.	S : Les pompiers D : Oui je viens de téléphoner plusieurs fois là, pour ma fille, 8 place de la République, madame Muguet S : Oui qu'est ce que vous voulez madame Muguet D : Je voudrais que vous veniez chercher ma fille S : Qu'est ce qu'elle a votre fille ? D : Elle est dangereuse
22.	S : Les pompiers H : Bonjour monsieur, station radio France à paris il y a une personne qui vient de tomber par terre et **je voudrais une ambulance** s'il vous plaît **rapidement** allô ?Allô ?

ANNEXE 3 : EXTRAITS DES JOURNAUX DE BORD

Réaction marquée face à la mort

Il vaut mieux éviter, lorsqu'on aborde un registre aussi difficile à évaluer que «le stress au travail », les prénotions du profane par rapport aux métiers du risque. Il reste néanmoins que les pompiers travaillent autour de, ou contre, la mort, la blessure, la douleur, la peine. Un contraste, sinon un paradoxe apparaît entre le discours et les actes, concernant le rapport individuel à la détresse.

Un stationnaire a traité l'appel d'un père appelant pour dire que son bébé «est tout blanc »et qu'il ne respire pas.

S. «Il est froid ? »

P. «Je sais pas ».

Le stationnaire diagnostique une msn (mort subite du nourrisson) et passe l'appel à la régulation médicale. Après ça, il est mutique un bon quart d'heure.

Depuis l'appel, il ne répond pas quand son voisin lui parle. Puis, je vais à la régulation, où le médecin m'explique que le stationnaire a bien diagnostiqué, que le bébé est mort Je suis encore dans la salle médicale quand un poste sonne plusieurs fois. Soudain le stationnaire en question se met à crier, très en colère, de la pièce à côté. «Mais putain décrochez ! C'est le bébé mort ! ».

Un médecin dit à l'autre «ben qu'est ce qu'il a, X, il est speed, il craque ou quoi », sur le ton le plus anodin, en prenant finalement l'appel. Effectivement le stationnaire a «marqué le coup », il a été atteint par cet appel-là. En ressortant de la salle médicale un stationnaire, voisin direct de X, me demande «alors le bébé là ? ». Je lui dis qu'il est mort «Ah ouais, il faut qu'on envoie un sapin ! » ; «Comment ? » ;«Ben ouais on a qu'à lui envoyer une boite, une petite boite en sapin, hein !? » en riant, en en guettant manifestement et ma réaction, et celle de X. Le ton était celui de la provocation et de l'ironie. Lui aussi à sa manière a «marqué le coup »: il n'est pas de mise, en salle 18, de plaisanter sur les victimes, et les autres stationnaires lui ont demandé de se calmer. A-t-il a évacué la tension liée à cet appel mortel en ironisant à l'excès de façon déplacée.

Il y a donc bien des conséquences, et une tension, une difficulté du cas mortel à supporter, mais qui sont prises en charge de façon individuelle, et collective. Les autres ne réagissent pas au mutisme et à l'accès de colère de X : il faut permettre à la personne de reprendre la face. La protection choisie est celle d'un détachement, au moins de façade. Il y a donc bien contradiction entre le discours tenu, qui donne une idée des autoreprésentations, et la réalité de la gestion des conditions de travail. On notera cependant que si réaction il y a, elle est encadrée et contrôlée par l'ensemble ; elle ne pose pas un problème dans le travail : elle est «gérée ».

Descriptions SAU

Jérôme, FFI

Vendredi soir, Jérôme un faisant fonction d'interne (FFI) qui avait assumer 8 jours de présence de suite dont deux nuits s'est trouvé émotionnellement débordé par la succession de cas qui l'ont bouleversés, et d'autres de pure consultation généraliste avec des parents antipathiques cherchant à resquiller et mentant ostensiblement sur le motif initial de visite. Ce type de situation est plus que quotidien mais la fatigue sans doute et l'émotion, « la tristesse », ressenties face à certains enfants ont amené cet attaché de chirurgie à un état de grande nervosité et d'hypersensibilité. Il est particulièrement sensible à la détresse sociale ou familiale, en l'occurrence celle d'un orphelin leucémique.
Il a tendance à travailler plus que les autres, à ne jamais partir à l'heure prévue, à remplacer tout un chacun. Je fais à ce sujet en laissant de côté les éléments individuels l'hypothèse qu'il cherche à rattraper et à terme peut-être à faire évoluer son statut de FFI où sa situation professionnelle est précaire, ses émoluments plus faibles que n'importe qui d'autre et sa reconnaissance institutionnelle peu claire. Jérôme a exercé 15 ans en tant que médecin en Italie ; il est libanais et pour exercer en France il doit se soumettre à un statut pour lequel il est sur-qualifié dans les autres pays. En outre, l'existence même et la présence de FFI ne fait pas l'unanimité dans un contexte de grande tension professionnelle s'agissant de la reconnaissance de la profession, des besoins de recrutement et des rumeurs de réformes, à la fois attendues et redoutées.

L'hydrocèle ou la consultation de chirurgie esthétique

Il s'agit d'un jeune enfant amené par ses parents à cause d'une hydrocèle (de l'eau dans les testicules). Le médecin considère d'emblée l'absence d'urgence et l'ancienneté (relative, c'est-à-dire que l'hydrocèle n'est pas apparue la veille) de l'hydrocèle. Les parents d'expliquer qu'ils s'inquiètent de l'aspect de leur enfant, partent en vacances en bord de mer et auraient souhaité faire opérer leur enfant avant leur départ. Le médecin déduit que compte tenu des délais préopératoires chez un spécialiste ils espéraient faire opérer l'enfant immédiatement afin qu'il soit remis au moment de partir en vacance. Le pédiatre consulté auparavant par les parents refuse d'intervenir et les aurait enjoints à consulter un autre médecin pour un second avis, ce qu'ils font en venant aux urgences. Le médecin, agacé, leur répond qu'il ne s'agit pas d'une urgence, que cette hydrocèle ne doit pas être traitée pour l'instant, qu'elle disparaîtra sans doute d'elle-même avec la croissance de l'enfant et qu'ils pourront toujours reconsulter un pédiatre quand l'enfant aura quatre ans si l'hydrocèle n'a pas diminué.

Les parents insistent : «mais nous, on préfère l'opérer maintenant et on n'en parle plus ».

Le médecin : «mais une opération est inutile ; ce n'est pas bon pour l'enfant ; en plus ça ne servirait à rien, votre enfant va très bien. Il ne faut pas l'opérer, il faut attendre qu'il grandisse».

Les parents : «avec ça !? »

Le médecin «oui… ce n'est pas grave ».

Les parents argumentent «mais quand même, c'est pas normal, ça »

Le médecin leur dit de repartir chez eux, qu'il ne fera rien, que l'hydrocèle est inoffensive et qu'il faudra envisager un traitement dans plusieurs années si elle ne disparaît pas spontanément.

Les parents demandent alors un certificat médical qui interdise la plage à l'enfant et permette le remboursement des billets d'avion. Le médecin refuse et dit qu'il n'y a aucune contre indication médicale à aller à la plage. Les parents demandent alors un bon de présence aux urgences. Second refus. Les parents repartent mécontents. Le médecin est convaincu que le seul motif de ces parents était de donner à leur enfant une apparence normale pour la plage. Il considère que les motivations parentales ne sont pas en faveur de l'enfant mais de leur propre confort à montrer un enfant normal. Il s'indigne qu'on impose à un enfant des heures d'attentes et d'examens, voire une opération chirurgicale, inutiles. Il considère que ces parents ont cherché à resquiller, à contourner le système de santé et à court-circuiter le pédiatre et les services ad hoc pour leur propre idée sur ce qui convenait de faire. Il est convaincu que ces parents consulteront d'autres médecins, dans d'autres urgences, jusqu'à obtenir ce qu'ils veulent, malgré l'intérêt de l'enfant. Il justifie son attitude et le refus de certificat par cette phrase «le crime ne paie pas ! ».

L'attelle : mercredi, 11h 30

Interaction à quatre (la jeune fille, l'homme, l'infirmière et le médecin)

Un homme d'environ quarante-cinq ans amène une «grande » de 15 ou 16 ans qui s'est cassé un orteil. L'homme et la jeune fille attendent dans un «box », salle de soin, d'environ 6 m² avec une paillasse, des produits et du matériel médical, un évier. Elle est assise dans un fauteuil roulant.

Un médecin demande à l'infirmière de faire une sorte d'attelle spéciale pour les petits os des pieds, c'est-à-dire un bandage de l'orteil cassé avec l'orteil voisin.

Infirmière : à la jeune fille «bonjour ! »

à l'accompagnant « bonjour, monsieur. Le docteur vous a dit ? Donc l'orteil, le petit (elle montre la radio) est cassé, donc on va mettre une attelle ».

A la jeune fille «ça va ? Comment tu t'es cassé l'orteil ? »

La jeune fille, en riant : «je me suis cogné contre le trampoline, je sais pas comment j'ai… »

Infirmière, à l'accompagnant : «vous êtes le père ? »

L'homme : «non ».

Infirmière : «l'oncle ? »

L'homme : «non plus ».

Infirmière : «bon… »

L'homme : «on aimerait bien sortir ».

L'infirmière : «oui, je lui fais…. Et elle pourra sortir ».

L'infirmière place les pieds de la jeune fille sur les reposoirs du fauteuil «ça ira mieux comme ça » et manipule le doigt cassé et l'orteil voisin, elle les bande ensemble avec une bande élastique épaisse et rigide. Le soin bouge l'os cassé.

La jeune fille : «ça fait mal ! »

L'infirmière : «ah oui, par contre ça va faire mal ; il faut toucher à l'orteil pour le faire tenir avec l'autre orteil ».

La jeune fille grimace de douleur mais sourit. Le soin dure moins de deux minutes. Elle remercie l'infirmière. Une fois le pansement terminé :

L’homme : «et il faut le changer ? »

L’infirmière : «non, pas la peine »

L’homme : «ah bon ! On ne change pas le pansement ? ! ».

L’infirmière : «ce n’est pas un pansement, c’est une attelle »

L’homme : «on m’avait dit, le docteur m’avait dit, il nous avait bien dit qu’elle aurait une attelle. Ca, c’est pas une attelle ».

L’infirmière : «vous voulez dire une attelle là, en acier ? Mais vous voyez c’est trop grand pour le pied. Pour les orteils on ne prend pas une attelle en métal. On colle ensemble deux orteils et ça fait une attelle. Sinon elle ne pourrait pas marcher »

L’homme : «oui mais le docteur avait bien dit une attelle ».

L’infirmière : «c’est ça, l’attelle, monsieur ».

L’homme : «comment elle fait pour se laver ? »

Infirmière : «pas le pied ».

La jeune fille : «mon frère s’est cassé souvent le pied il m’expliquera ».

L’homme : «mais il faut qu’elle se lave quand même ».

Infirmière : «tu fais attention, pas d’eau sur le bandage. Si… si vraiment il commence à partir, ou il est mouillé, tu vois, tu montres à ton médecin et à ce moment là il le refera, mais normalement ça tient bien.»

L’homme : «vous ne lui donnez rien ! ? »

Infirmière : «non, ce n’est pas nécessaire ».

L’homme : «une pommade ? »

Infirmière : «non rien ».

L’homme : «mais elle a mal ».

Infirmière : «c’est normal. Elle s’est cassé le pied ».

A la jeune fille : «tu veux quelque chose ? On t’a donné un doliprane en arrivant ? »

La jeune fille : «euh, non… »

Infirmière : «tu avais mal en arrivant ?»

La jeune fille : «non pas trop ».

Infirmière : «bon je t’apporte un doliprane et après tu pourras partir ».

L’homme maugrée.

L’infirmière sort et me dit : «quand ils arrivent on essaie d’évaluer leur tolérance à la douleur ; là, elle n’avait pas mal. Mais maintenant elle a mal ».

L’infirmière apporte un doliprane.

L’homme : «c’est tout ? Elle a pleuré ! Elle a très mal, là ! Vous lui donnez rien d’autre ? Une pommade ? Infirmière : «non monsieur, je vous ai expliqué, une pommade ça ne sert à rien. Parce que vous voyez, l’orteil est cassé… »

L’homme : «non mais ça j’ai compris, c’est pour, parce qu’elle souffre, et le docteur avait dit une attelle».

L'infirmière : «elle prend un doliprane quand elle a mal, pas plus de quatre par jour, c'est tout».

Un circuit de sante parmi d'autres

Un enfant de sept ans arrive pour un érythème (des petits boutons sur le corps).

Il est d'abord allé à la consultation de dermatologie de Saint Louis, puis en ophtalmie aux quinze-vingt qui l'a envoyé dans l'hôpital, mais en consultation et non aux urgences. Sa mère semble avoir des difficultés de compréhension. Elle ne paraît pas du tout inquiète.

Ils sont d'origine algérienne ; elle ne parle pas très bien le français et l'enfant ne parle pas du tout. La mère s'adresse à son fils en français puis en arabe.

L'enfant se laisse faire et obéit à sa mère mais ne répond pas. L'enfant est déshabillé pour l'examen. Il dégage une forte odeur et semble ne pas avoir été lavé depuis plusieurs jours. Son nombril est très sale, de même que ses vêtements, en particulier ses chaussettes.

L'interne qui l'ausculte ne comprend d'abord pas l'origine de l'érythème. Elle demande l'avis d'un médecin, qui en demande un autre, qui diagnostique une gale. Chacun se rend rapidement vers un évier pour se savonner les bras et les mains. L'interne explique son diagnostic à la mère, qui ne montre aucune réaction et semble ignorer soit le terme «gale » soit la maladie elle-même.

Le médecin prescrit une crème et des fumigènes désinfectants et explique à la mère les règles d'hygiène à respecter pour désinfecter la maison. Elle répète et reformule plusieurs fois ses conseils mais laisse partir mère et enfant sans être convaincue d'avoir été comprise.

Elle me dit que les cas de gale sont très rares aux urgences pédiatriques.

Ce cas nous montre d'une part un circuit de santé long et stérile, la coproduction d'un diagnostic entre professionnels, les difficultés à se faire comprendre et les arbitrages pragmatiques qu'il faut faire au moment de la sortie.

Drépanocytose

Un cas de drépanocytose sur une enfant de quatre ans, noire, prise de crampes, de douleurs aux jambes, fébrile, très endormie ; sa mère, très inquiète, la veille.

L'enfant a reçu un comprimé antalgique très puissant deux heures auparavant qui l'a faite dormir. L'effet diminue, elle s'éveille et souffre beaucoup.

Elle est sous perfusion. Il faut faire hospitaliser l'enfant mais le service qui doit l'accueillir ne peut la recevoir avant plusieurs heures, en attendant, elle reste aux urgences « parce qu'ici c'est mieux, on peut la surveiller s'il arrive quelque chose » explique l'infirmière.

L'enfant est très constipée. Son ventre est gonflé et elle ne parvient pas à se libérer malgré l'anti-constipant qu'elle reçoit. Il faut la faire boire et manger mais elle n'a pas d'appétit. Bouger, se redresser pour manger la fait souffrir.

Enfin on diagnostique un asthme chez l'enfant. On la change de salle pour libérer le box de réanimation où elle attendait la décision de transfert prise par le médecin : «on la met au fond, comme ça elle est moins dérangée par les va et vient et pour nous aussi parce que comme ça, on met près de l'entrée les nouveaux patients auxquels on donne les soins, ça fait moins de marche pour nous». La douleur nécessite de la morphine, dont ne dispose pas le service ce qui accélère les transferts et l'hospitalisation.

Urgence psychiatrique et difficultés de transfert spécialisé

Un samedi soir, vers 20 heures, un enfant marocain de quatorze ans (un «grand », donc) est amené, agressif, en ambulance. Il s'est automutilé avec un couteau avec lequel il a aussi menacé sa mère.

L'enfant était arrivé une première fois, plus tôt dans la soirée ; le service lui avait trouvé une place dans un autre hôpital où il est amené avec sa mère en ambulance. Là-bas son transfert est finalement refusé sans que les urgences en connaissent la raison et il est ramené en ambulance au service.

Les coups de téléphones se multiplient pour le faire admettre ailleurs et trouver un pédopsychiatre, mais en vain.

Le cadre de garde réalise alors qu'il n'y a pas d'urgences psychiatriques pour les enfants de moins de 15 ans à Paris, or le service n'est ni prévu ni équipé pour en recevoir. Après une longue séance d'appel aux autres services de Paris, il s'avère que nulle part on ne veut ni l'accueillir ni l'examiner. Le service d'urgences psychiatriques des patients de plus de quinze ans refuse de l'admettre en raison de son âge (14 ans), ce qui provoque l'indignation des professionnels («pour quelques mois ! »; «quand je pense que nous on prend tout le monde et qu'ils jouent sur le règlement ! »).

Le personnel est catastrophé (l'enfant est violent et assez fort pour devenir difficile à maîtriser) et indigné, non de l'attitude de l'enfant mais de son renvoi des autres hôpitaux et de leur refus de l'accueillir. En particulier, ils mettent en cause, plus que le refus téléphonique de l'accueillir, le fait d'avoir obligé l'enfant et sa mère à se déplacer dans Paris, de nuit, plusieurs fois, inutilement : « une fois qu'il est là, l'enfant, tu le prends, tu ne le renvoies pas comme ça, dans cet état ! ».

L'enfant pose plusieurs problèmes au service, qui va s'adapter en conséquence : il est agressif donc pose un problème de sécurité dans le service. Il est grand mais encore dans la tranche d'âge de l'hôpital, cependant il ne souffre pas de quelque chose que ces urgences peuvent prendre en charge. Au dehors, il n'existe pas de structure pour le prendre en charge.

Décision est prise de le garder. Après avoir mordu une infirmière, il est finalement « sédaté » de force (par injection dans la fesse) et restera en observation jusqu'au lendemain matin où rendez-vous est pris, dans l'hôpital même, avec un psychiatre, à charge pour ce dernier de s'occuper de son admission ensuite dans un service spécialisé.

Fragment sur la sortie

Articulation aux services spécialisés

Un petit enfant, deux ans, venu au service d'ophtalmie, pour une opération des yeux. Dans ce service très spécialisé, accessible sur rendez-vous de longue haleine, on s'aperçoit que l'enfant a de la fièvre, ce quoi est un cas d'interruption de l'opération. On n'opère pas si l'enfant a une infection. L'enfant est envoyé aux urgences pour déterminer d'où vient sa fièvre là on s'aperçoit avec le scope saturation et rythme cardiaque que sa saturation en oxygène est en dessous du seuil minimal de normalité. En outre l'enfant tousse et sécrète du mucus liquide au nez et dans les poumons. On craint une bronchiolite et/ou un asthme. On fait passer une radio du thorax à l'enfant (la radio est dans le service des urgences, même étage, à 20 mètres des boxes). Il s'avère que ses poumons sont plutôt propres avec peut-être un petit point infectieux. Comme la fièvre ne tombe pas et que l'enfant est encombré, il faut

l'hospitaliser. Il reçoit aux urgences radio, oxygène (les lunettes), nébulisation, aérosol ; l'infirmière et le médecin parviennent à lui trouver une place dans l'hôpital. L'enfant est fébrile. Il pleure et gémit beaucoup il est aveugle bilatéral et présente apparemment des signes de « syndrome « (poignets tournés en dedans, bras et jambes courts, grosse tête). L'infirmière et le médecin envisagent une malformation cardiaque, qui expliquerait la saturation basse. La mère est atone, elle parle très peu, ne sourit pas, sa seule réaction vive lorsqu'elle doit aller prendre un nouveau rendez-vous en ophtalmie et que l'infirmière lui dit « allez-y mais revenez vite » : « mais bien sûr, je n'y vais pas pour abandonner mon fils ! » elle sort toute émue, l'infirmière me dit : « souvent ils ne reviennent pas, pendant des heures on ne les voit plus » je demande à la mère où elle habite : Alfort-Ville. L'infirmière retourne auprès d'elle et lui annonce l'hospitalisation dans l'hôpital. La maman dit qu'elle aurait préfère aller à l'hôpital de Créteil, qui est près de chez elle et où l'enfant est suivi de très près depuis sa naissance. Son dossier et ses médecins s'y trouvent. L'infirmière réfléchit et lui dit qu'elle va essayer de lui trouver une place plutôt là-bas. Elle me dit en sortant du box que l'on privilégie toujours le rapprochement du domicile. Cette fois on a oublié et c'était une erreur (« on aurait dû y penser »). C'est ennuyeux pour la mère (« elle habite à l'autre bout, en plus elle est enceinte ») pour le patient («là-bas il a un dossier gros comme ça et c'est un cas très spécial quand même ») et pour l'hôpital qui préfère réserver ses places toujours trop peu nombreuses ou aux enfants très instables ou aux enfants habitant alentours. Elle réussit à trouver une place à Créteil en pédiatrie générale.

Elle l'annonce à la mère et réserve une ambulance pour l'acheminer là bas. Elle s'en prend à une interne en médecine trop molle à lancer les demandes de transfert. «Il faut toujours un temps entre la demande et l'arrivée de l'ambulance. Si elle ne s'en occupe pas maintenant, ils sont encore là à six heures et demie ». (Il est 12h00, Créteil les attend à 14h).

Orientation & sectorisation

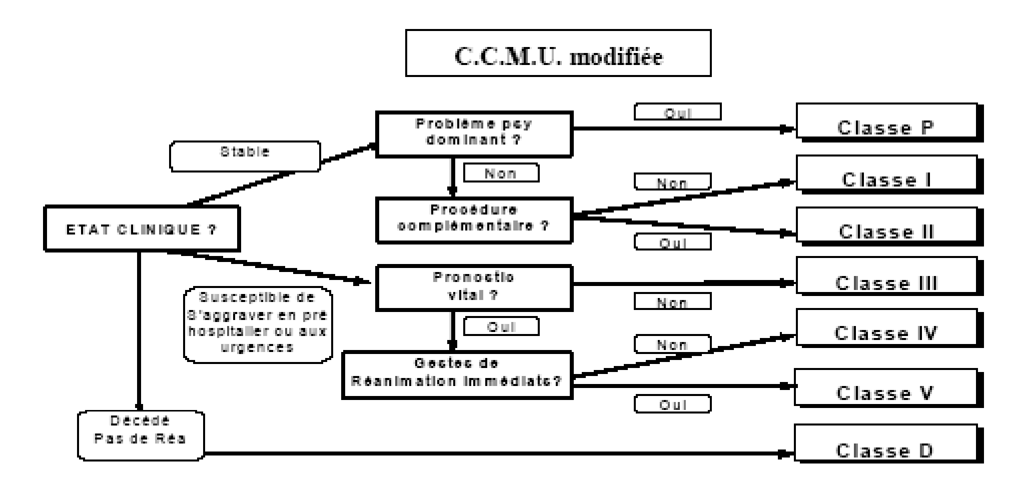
Le cas d'une mère du seizième qu'on transfère à Orsay. «Je lui ai dit, elle était énervée je l'ai laissé se calmer et ensuite je suis revenue la voir pour lui expliquer ; elle a compris mais bon c'est vrai que ce n'est pas normal… »

Les fermetures de lits faute de personnel. «Ici ne serait ce qu'un arrêt maladie c'est l'enfer à gérer ».

Le cas de cette femme indienne qui héberge sa sœur et la famille de celle-ci depuis que l'époux est mort. Elle dit que sa sœur est triste et que c'est difficile à neuf dans un petit appartement. Elle se demande comment empêcher la contagion à neuf sous le même toit.

ANNEXE 4 : REFERENTIELS IOA

Une des classifications de référence[443] distingue 5 niveaux d'urgence :



Une autre parmi les plus courantes distingue ainsi les catégories suivantes[444] :

- Urgence vitale : pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement, urgence absolue ou extrême urgence

- Urgence vraie : pathologie aiguë grave menaçant le pronostic vital

- Urgence relative : pathologie sub-aiguë ne mettant pas en jeu le pronostic vital

- Urgence différée : pathologie pouvant être soignée avec délai

443 Bien qu'il n'y ait pas de standard unique en matière de classification, la Classification Infirmière des Malades aux Urgences de 1996 réévaluée en 2006 (CIMU, version 2) est une référence reconnue de triage en 5 catégories d'urgence croissantes.

444 Sur le tri ou triage, dans les services d'urgence, voir L. DIVORNE « Démarche de tri : outils de tri existants », *Cours Supérieur de Médecine d'Urgence*, SFMU 2003, Arnette, Paris, 2003.

TABLE DES ABREVIATIONS

BIRP	Bureau Information et Relations Publiques
BSPP	Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris
CCOT	Centre de Coordination des Opérations et des Transmissions
CI	Compagnie d’Incendie
CODIS	Centres Opérationnels Départementaux d'Incendie et de Secours
CS	Centre de Secours
CTA	Centre de Traitement des Appels
IOA	Infirmier Organisateur de l’Accueil
MDR	Militaire Du Rang
PUP	Police Urbaine de Proximité
SP	Sapeur-Pompier
SPP	Sapeur-Pompier de Paris
SYNTIA	SYstème Numérisé de Transmission des Informations d’Alerte
SAMU	Service d’Aide Médicale Urgente
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SAU	Service d'Accueil des Urgences